



Quality of Medical Care:
Situation and Literature Review

คุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์:
บทวนสถานการณ์และวรรณกรรม



โดย สำนักวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



Quality of Medical Care: Situation and Literature Review

คุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์: บทวนสถานการณ์และวรรณกรรม



โดย สำนักวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|----------------------|-------------|-----------------------|
| 1. นายแพทย์สมเกียรติ | โพธิสัตย์ | ที่ปรึกษากรรมการแพทย์ |
| 2. นางสาวศิวาพร | สังรวม | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 3. นางสาวสินีนาน | อันบุรี | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 4. นางสาวบุหลิน | ภูสุดสูง | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 5. นายสมิทธิกร | เย็นวัฒนา | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 6. นางสาวนนทรี | วงษ์วิจารณ์ | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 7. นายโสภณ | เกษสำโรง | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 8. นางสาวสาวิตรี | ยาหอม | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 9. นางสาวภัทราภรณ์ | สมศรี | สำนักวิชาการแพทย์ |
| 10. นางสาวสุภัทรา | ฝอฝน | สำนักวิชาการแพทย์ |

ชื่อหนังสือ

Quality of Medical Care: Situation and Literature Review
คุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์: ทบทวนสถานการณ์
และวรรณกรรม

บรรณาธิการ

นายแพทย์สมเกียรติ โพธิสัตย์

จัดทำโดย

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 6220 โทรสาร 0 2591 8244

พิมพ์ครั้งที่ 1

สิงหาคม 2558

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

สารบัญ



เรื่อง

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

1

บทที่ 2 กระบวนการและวิธีการทบทวนกรอบแนวคิดคุณภาพ
การดูแลรักษาทางการแพทย์

3

บทที่ 3 ผลการศึกษา

8

บทที่ 4 สรุปและข้อเสนอแนะ

59

ภาคผนวก

รายงานทบทวนองค์ความรู้เรื่องหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับ
คุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์



บทนำ (Introduction)

บทที่ 1



ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยประสบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลขนาดเล็กส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้น ความแออัดของผู้มารับบริการในสถานบริการ การใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม และขาดการวางแผนในการบริหารจัดการที่ดี สะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการที่ต้องได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่ “ถูกต้อง” และ “ทันการณ์” ทุกครั้ง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งแต่กระบวนการรักษา การให้ยา และการรับรู้ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งการที่ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาที่ 1) ตรงตามความจำเป็นและความพึงพอใจ 2) ไม่ก่อให้เกิดอันตราย 3) ตรงตามโรคที่เป็นอยู่ 4) ปราศจากความล่าช้าที่ไม่จำเป็น 5) ได้รับการทดสอบทางการแพทย์เฉพาะที่ผู้ป่วยต้องการ 6) มีความเป็นธรรมและไม่ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น เพศ ภาษา สีผิว อายุ หรือรายได้ โดยประเทศไทยได้มีการพัฒนาคุณภาพในการรักษาในทศวรรษที่ผ่านมา ด้วยการนำระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accredited : HA) มาใช้ แต่ยังมีช่องว่างอยู่มากระหว่างการรักษาที่ดีที่สุดและการรักษาที่เป็นอยู่อย่างในปัจจุบัน เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ จึงยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนโดยการจัดระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาและจัดระบบการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และจัดระบบบริการใน 5 ประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ คุณภาพการบำบัดรักษา บริการเฉพาะ และกลุ่มระบบบริการ ในปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ



โดยการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) มีระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2555 - 2559) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) ระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ และมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการที่เป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน

กรมการแพทย์ ถูกกำหนดให้มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ฝ่ายกาย รวมทั้งการให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่ยากซับซ้อนอย่างได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจ โดยได้ปรับบทบาทสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ (National Health Authority : NHA) ซึ่งในด้านเขตการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กรมการแพทย์มีบทบาทด้านการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การถ่ายทอดเทคโนโลยี (Technical support) เพื่อยกระดับสถานบริการสุขภาพในระดับภูมิภาคให้มีศักยภาพด้านการบริการระดับตติยภูมิ รวมทั้งพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับระบบวิชาการและระบบเครือข่ายบริการ การสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ (Quality of Medical Care Survey) เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ซึ่งเป็นข้อมูลด้านวิชาการแพทย์ที่จะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ในการระบุลักษณะและขนาดของปัญหาทางด้านการบริการทางการแพทย์ การดำเนินการแก้ไขและติดตามประเมินผลคุณภาพของการบริการ ซึ่งจะทำให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้มองเห็นช่องว่าง (Gap) ในการให้บริการทางการแพทย์ และจะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการควบคุมและปรับปรุงคุณภาพการบริการให้อยู่ในมาตรฐานตามหลักวิชาการแพทย์ อีกทั้งจะช่วยกระตุ้นให้หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์สามารถดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อสามารถให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความมั่นใจและความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้ได้รับบริการ



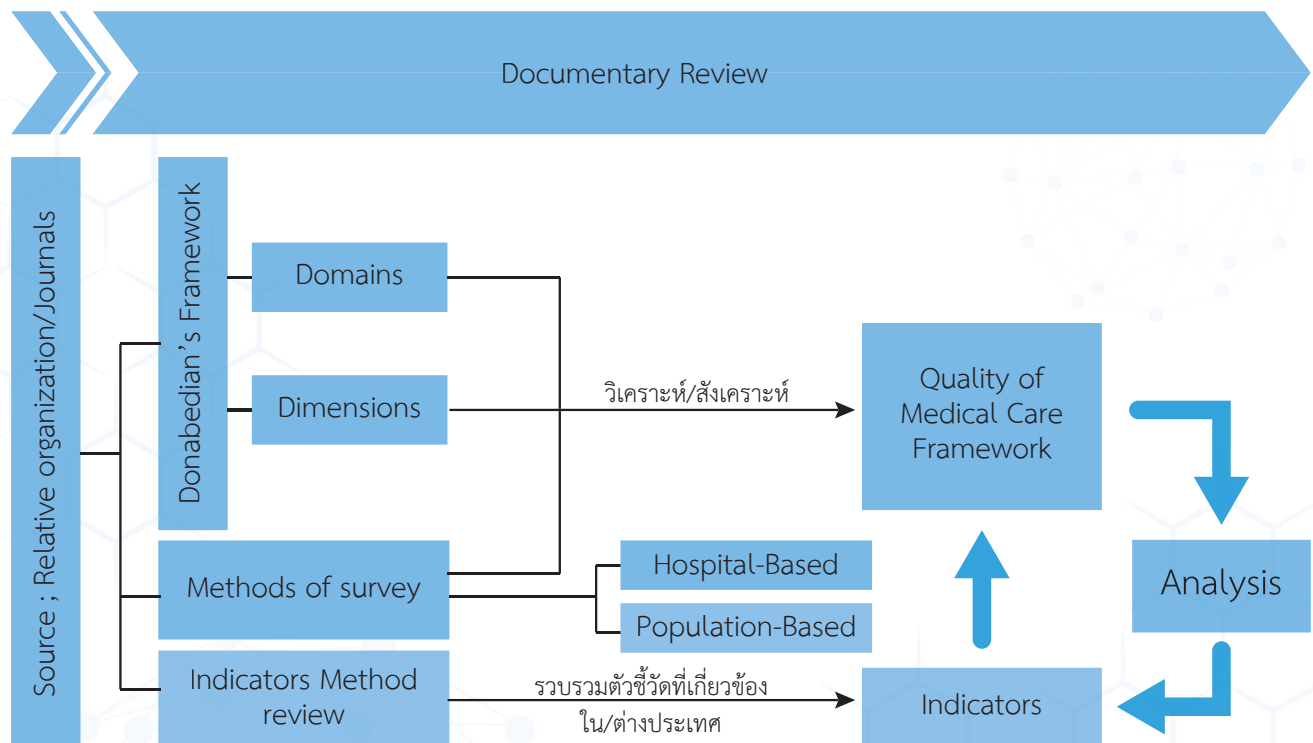
กระบวนการและวิธีการทบทวน กรอบแนวคิดคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์

บทที่ 2



การศึกษานี้ เป็นการทบทวนเอกสารจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดที่เหมาะสมและครอบคลุมสำหรับการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ (Quality of Medical Care Survey) โดยมีกระบวนการศึกษาดังนี้ (ภาพที่ 2.1)

- การศึกษาแนวคิดด้านคุณภาพการดูแลรักษา
- การศึกษาขอบเขต (domain) และมิติ (dimension) ของการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์
- การศึกษารูปแบบ และวิธีการสำรวจข้อมูล
- การศึกษาตัวชี้วัด



ภาพที่ 2.1 กระบวนการและวิธีการทบทวนเพื่อนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์



2.1 การศึกษาแนวคิดด้านคุณภาพการดูแลรักษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในหัวข้อของคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ ซึ่งมีความหมายที่กว้างและครอบคลุมแตกต่างกันตามบริบทของระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ อาจรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันโรค (prevention) การดูแลรักษาสุขภาพ (health care) เป็นต้น โดยศึกษาถึงความเชื่อมโยงภายใต้แนวคิดของการติดตามและประเมินผลคุณภาพการบริการ (M&E) ของกรมการแพทย์ ซึ่งดูแลกำกับการบริการทางการแพทย์ของประเทศ และพิจารณาสิ่งที่ยังต้องการการพัฒนาต่อไปในอนาคตรวมถึงแนวทางในการพัฒนาอีกด้วย

การศึกษาทบทวนจะใช้คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ Quality of care หรือ Quality of medical care เป็นหลัก และใช้คำสำคัญอื่นๆ ที่สื่อถึงการมีคุณภาพในการบริการทางการแพทย์ เช่น Quality medical indicator, Quality medical care framework, Monitoring framework, Evaluation framework และ Assessment framework เป็นต้น ร่วมกับการใช้คำสำคัญที่อยู่ในกรอบของการศึกษาทบทวน ดังภาพที่ 2.1 เพื่อให้การสืบค้นมีรายละเอียดที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น จึงได้พิจารณาบทบาท หน้าที่ และขอบเขตของผลผลิตที่ได้จากหน่วยงานในต่างประเทศ ถึงความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านคุณภาพการบริการทางการแพทย์ รวมทั้งศึกษารอบแนวคิด โครงสร้าง และองค์ประกอบในการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ เช่น World Health Organization (WHO), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), National Health Service (NHS), Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) และ Research And Development (RAND) เป็นต้น

โดยในการศึกษาทบทวนจะเลือกพิจารณา วิเคราะห์ และสังเคราะห์กรอบแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ ทั้งที่เป็นรายโรคเฉพาะ ระบบบริการของโรค ระบบบริการทางการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพในภาพรวม โดยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของการตีพิมพ์ องค์กรหรือหน่วยงาน รวมถึงพิจารณาโครงสร้าง องค์ประกอบ วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลผลิต และผลลัพธ์ที่ได้จากแต่ละกรอบแนวคิดที่ศึกษา ประกอบการตัดสินใจเพื่อสร้างและพัฒนากรอบแนวคิดนำไปสู่การออกแบบกรอบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบท และวัตถุประสงค์ของการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่จะดำเนินการต่อไป



2.2 การศึกษาขอบเขต (domain) และมิติ (dimension) ของการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์

การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ จำเป็นต้องกำหนดขอบเขตการประเมินที่ชัดเจนในการประเมินคุณภาพการดูแลให้ครอบคลุมมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงเพื่อให้สามารถบ่งชี้คุณภาพการดูแลรักษาที่ดี และเชื่อมโยงถึงการจัดการเชิงโครงสร้างและเชิงกระบวนการในการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้ ซึ่งหากมีการกำหนดผลลัพธ์ (outcome) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีความชัดเจน จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสำรวจที่มีคุณภาพ

ทั้งนี้ ได้มีการศึกษา ทบทวนข้อมูลจากหน่วยงานในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่มีการดำเนินการสำรวจ/ประเมินคุณภาพการให้บริการในหลากหลายรูปแบบ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้บริการทางการแพทย์และคลินิก การดูแลรักษาเฉพาะโรค เป็นต้น ซึ่งมีการพิจารณาการกำหนดขอบเขต (domain) และมิติ (dimension) จากหน่วยงานที่มีการยอมรับในระดับสากลหลายหน่วยงาน เช่น

- National Health Service (NHS): Five Domains of Quality
- World Health Organization (WHO): Quality of care
- Institute of Medicine (IOM): IOM quality domains
- Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): CMS measure domains
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)
- Care Quality Commission (CQC)

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงาน/สถาบันด้านสุขภาพ และการศึกษาอื่น ๆ ที่ได้รวบรวมและกำหนดขอบเขตด้านคุณภาพไว้แตกต่างกัน โดยมีกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการใช้ประโยชน์แตกต่างกันตามบริบทและผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) ที่ต้องการศึกษา ดังนั้น ในการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย จึงจำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน อันมาจากการกำหนดขอบเขต และมิติในการศึกษาที่เชื่อมโยงกับระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศ โดยนำข้อมูลที่ศึกษา/รวบรวม มาพิจารณาเลือกใช้ในส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง คล้ายคลึง และสามารถเชื่อมโยงกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพตามบริบทของประเทศไทยได้



2.3 การศึกษารูปแบบและวิธีการสำรวจข้อมูล

ข้อมูลเป็นข้อเท็จจริงและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสภาพ สถานการณ์ และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาทางการแพทย์ว่ามีคุณภาพหรือไม่ ซึ่งสิ่งสำคัญในการสำรวจข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน น่าเชื่อถือ และมีคุณภาพนั้น คือ “รูปแบบและวิธีการสำรวจข้อมูล” ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาทบทวนรูปแบบและวิธีในการสำรวจข้อมูล เพื่อเลือกใช้ให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ โดยมีขั้นตอนและกระบวนการในการศึกษาดังต่อไปนี้

1) ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการในการสำรวจข้อมูล ในประเด็นเกี่ยวข้องกับคุณภาพ การดูแล สุขภาพหรือคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ตามขอบเขตและมิติต่างๆ ที่ทำการศึกษา ตลอดจนวิธีการในการ ประเมินคุณภาพของตัวชี้วัดโรคต่างๆ ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่ได้รับการเผยแพร่ ในรูปแบบต่างๆ อาทิ วารสาร บทความวิจัย และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่นำเสนอผ่านเว็บไซต์ (website) ของ หน่วยงานต่างๆ ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลทั้งในและต่างประเทศ

2) ศึกษารายละเอียดของรูปแบบและวิธีการสำรวจข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และครอบคลุมขอบเขต ของการประเมินผลลัพธ์การสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ในแต่ละมิติที่ทำการศึกษา

2.4 การศึกษาตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ประเมินผลลัพธ์ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ อาจกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการในการประเมินคุณภาพให้เชื่อมโยงกับโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถสะท้อนกระบวนการการให้บริการได้ครอบคลุม โดยทำการศึกษารวบรวม ข้อมูลตัวชี้วัด (indicator) ที่สะท้อนถึงคุณภาพทางการแพทย์โดยรวมในมุมมองของผู้ให้บริการและมุมมองของ ผู้รับบริการตามกลุ่มโรค และรายสาขาตามแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) ในระบบบริการที่ตอบสนอง ต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 10 สาขา อาทิเช่น 1) หัวใจ 2) มะเร็ง 3) อุบัติเหตุ 4) ทารกแรกเกิด 5) สุขภาพจิตและจิตเวช 6) ตาและไต 7) 5 สาขาหลัก 8) ทันตกรรม 9) บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และสุขภาพองค์รวม 10) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Disease: NCD)



จากนั้นทำการศึกษา เปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีความครอบคลุมในเชิงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ในมิติ (dimension) ต่างๆ ในการดูแลรักษาทางการแพทย์ ทั้งด้านการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการติดตาม เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพทางการแพทย์ (medical quality) ได้มาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการแพทย์ที่ได้รับการยอมรับทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ ในระดับสากล อาทิ ในต่างประเทศ ได้แก่ World Health Organization (WHO), National Health Service (NHS), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), Care Quality Commission (CQC), Institute of Medicine (IOM), Quality and Outcome Framework (QOF), European Union (EU), Research And Development (RAND) และในประเทศไทย ได้แก่ แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น และทำการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อนำไปพัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ต่อไป

3 บทที่

ผลการทบทวน



ผลการศึกษา ตามกรอบการทบทวนดังที่กล่าวไว้แล้วในบทที่ 2 นำไปสู่การกำหนดกรอบการสำรวจคุณภาพด้านการดูแลรักษา (Quality of Medical Care Survey) ที่เหมาะสมกับระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย และบริบทของการศึกษา

จากการศึกษาทบทวนหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปในการเลือกองค์ประกอบของการศึกษา พบว่าแต่ละองค์กร/หน่วยงานมีลักษณะแตกต่างกัน ในการวิเคราะห์สังเคราะห์ผลการทบทวนจึงพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องและนำมาประยุกต์ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ นอกจากนั้นยังได้วิเคราะห์ถึงความแตกต่างของแต่ละองค์กรในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและอาจนำไปสู่ข้อสรุป คำอธิบายที่เป็นประโยชน์ในการสำรวจครั้งนี้ด้วย สามารถสรุปความแตกต่างพอสังเขปได้ดังนี้

- หน่วยงานที่เป็นองค์กรความร่วมมือหลายๆ ประเทศ บางองค์กรไม่ได้ก่อตั้งและมุ่งเน้นศึกษาในด้านคุณภาพด้านการบริการทางการแพทย์เป็นหลัก แต่อาจมุ่งเน้นในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยอ้อมกับการบริการทางการแพทย์ เช่น เศรษฐศาสตร์ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น
- วัตถุประสงค์หรือขอบเขตของหน่วยงาน/องค์กรที่ศึกษา ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และแนวทางการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยตรง เช่น ศึกษาเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การศึกษาเพื่อจัดอันดับสถานบริการและการส่งเสริมการตลาด ซึ่งพบได้ในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากขนาดและระดับขององค์กร/หน่วยงานที่ได้ทำการศึกษาทบทวนมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ผลการศึกษาที่ได้และการนำไปใช้มีความแตกต่างกันด้วย
- การกำหนดขอบเขตการศึกษาด้านคุณภาพด้านการดูรักษา บางหน่วยงานครอบคลุมไปถึงการวางแผน แก้ไขปัญหา การวัดและประเมินผลกิจกรรมที่ทำ ในขณะที่บางหน่วยงานจะมุ่งเน้นประเด็นที่เฉพาะเจาะจง เช่น สิ่งแวดล้อม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การรักษาโรคต่างๆ ประเด็นที่ทำหายในขณะนั้น เป็นต้น
- ประเด็นอื่นๆ เช่น เงินทุน การยอมรับในระดับประเทศ ระดับสากล โครงสร้างการบริหาร นโยบายขององค์กร เป็นต้น



แต่อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษา/ทบทวน ทำให้เข้าใจถึงระบบบริการทางสาธารณสุขของหน่วยงาน/องค์กร ต่างๆ มากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในระหว่างทำการสำรวจต่อไป

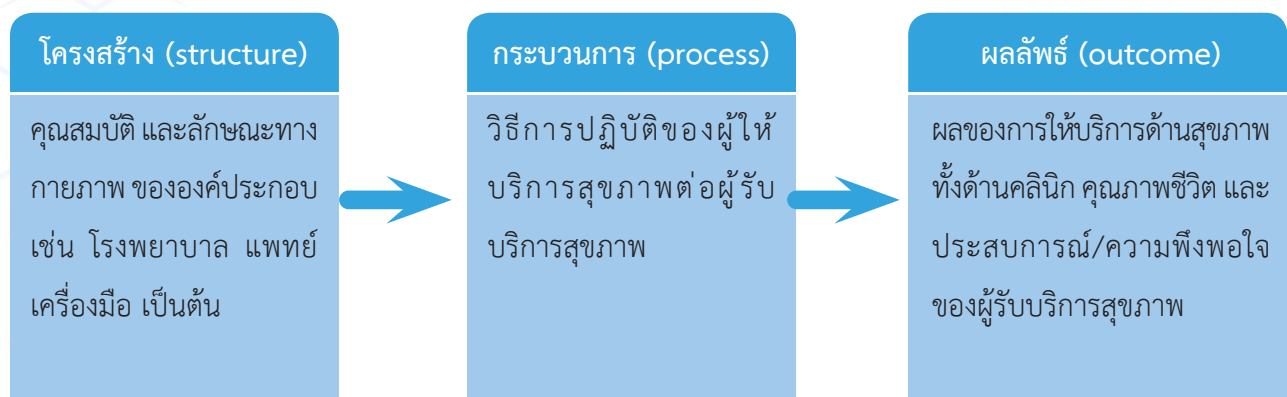
การนำเสนอผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การสร้างกรอบแนวคิดการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษา ทางการแพทย์ และการรวบรวมตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดด้านการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์

การศึกษาแนวคิดการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ/การประเมินคุณภาพ พบว่า รูปแบบของแนวคิด (conceptual model) การวัด/ประเมินคุณภาพที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการศึกษา คุณภาพการดูแลสุขภาพ (quality of health care) และคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ (quality of medical care) อย่างแพร่หลาย ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว¹⁻³ และประเทศที่กำลังพัฒนา⁴⁻⁵ คือ กรอบแนวคิดของ Donabedian⁶ (Donabedian's framework) ที่ได้เสนอแนวทางการประเมิน/บ่งชี้คุณภาพการดูแล ว่าสามารถประเมิน ได้จากองค์ประกอบมาตรฐาน 3 ด้าน คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)

ดังนั้น เพื่อให้ครอบคลุมองค์ประกอบในการดูแลรักษาทางการแพทย์ การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้รูปแบบ แนวคิดของ Donabedian ทั้ง 3 องค์ประกอบ (ภาพที่ 3.1) มาเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดการสำรวจคุณภาพ การดูแลรักษาทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย



ภาพที่ 3.1 องค์ประกอบหลักของมาตรฐานในการประเมินคุณภาพการให้บริการสุขภาพ⁴



โครงสร้าง (structure)

คุณภาพการบริการด้านโครงสร้างตามแนวคิดของ Donabedian⁶ สิ่งสำคัญที่จะประเมินได้ว่าโครงสร้างนั้นสามารถตอบสนองคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้ ควรประกอบไปด้วยการประเมิน

- ด้านทรัพยากรวัตถุดิบ (material resources) เช่น สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) อุปกรณ์ (equipment) และงบประมาณ (money)
- ด้านทรัพยากรบุคคล (human resources) เช่น จำนวนและคุณสมบัติของบุคลากร (number and qualifications of personnel)
- โครงสร้างองค์กร (organizational structure) เช่น บุคลากรทางการแพทย์ (medical staff) ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (methods of peer review) และวิธีการจ่ายเงินทดแทน (methods of reimbursement)

จากการศึกษาของ Goodwin และคณะ³ ปี 2011 การสร้างกรอบแนวคิดเพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพด้านแพทย์เวชปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian มาพิจารณาด้านโครงสร้างในประเด็นต่างๆ ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) อุปกรณ์/เครื่องมือ (equipment) บุคลากร (personnel) การบริหาร (administration) และระเบียบวิธีปฏิบัติ (protocols)

จากการศึกษาของ Mainz² ปี 2003 กล่าวถึง คุณลักษณะของระบบสุขภาพที่สะท้อนความสามารถของการได้รับการบริการที่สนองความต้องการของตัวผู้ป่วยและชุมชน โดยตัวชี้วัดของโครงสร้าง จะอธิบายถึงชนิดและจำนวนของทรัพยากรที่ใช้ในระบบสุขภาพหรือองค์กรในการให้บริการสุขภาพ ที่จะเชื่อมโยงกับจำนวนบุคลากร งบประมาณ จำนวนเตียง สิ่งอำนวยความสะดวก และอาคารสถานที่

โดยสรุป ในการกำหนดกรอบแนวคิด/แนวทางที่เหมาะสม และครอบคลุมการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ (quality of medical care survey) ในการศึกษาครั้งนี้ จะพิจารณาโครงสร้างที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) สิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) 2) อุปกรณ์/เครื่องมือ (equipment) 3) บุคลากร (personnel) 4) การบริหาร (administration) 5) ระเบียบวิธีปฏิบัติ (protocols) 6) สิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นจะทำให้เห็นภาพรวมของการให้บริการได้อย่างครอบคลุม ที่สามารถสะท้อนถึงระดับคุณภาพและสิ่งที่ต้องการปรับปรุงในการดูแลรักษาทางการแพทย์ เพื่อนำมากำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ



กระบวนการ (process)

กระบวนการ ในที่นี้หมายถึง สิ่งที่ปฏิบัติจริงในการให้บริการและการได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ ได้แก่ กิจกรรมต่าง ๆ ในการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ปฏิบัติ การให้คำแนะนำ การดำเนินการรักษา และการสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์อันดีต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เป็นต้น

ดังนั้น การประเมินเชิงกระบวนการ จะพิจารณาความครอบคลุมของหน้าที่ในการให้บริการ (function) ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการ² ได้แก่

1. การคัดกรอง (screening) หมายถึง การตรวจเบื้องต้นในประชากรที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรค แต่มีปัจจัยหรือภาวะเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคต่อไป รวมถึงการตรวจเพื่อหาภาวะแทรกซ้อนเฉพาะโรค⁷
2. การวินิจฉัย (diagnosis) หมายถึง กระบวนการหรือขั้นตอนในการตรวจ เพื่อระบุโรค สาเหตุของโรค อาการของโรค หรือภาวะผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางในการบำบัดรักษา รวมถึงติดตามผลการรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม⁸
3. การรักษา (treatment) หมายถึง กระบวนการเยียวยา บำบัดให้อาการผิดปกติ หรืออาการของโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้นด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้กลับมาเป็นปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{9,10}
4. การดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม (continuum care/follow-up) หมายถึง กระบวนการในการศึกษาผลที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับการรักษาเพื่อดูสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว¹⁰

กระบวนการดังกล่าวข้างต้น หากนำมาพัฒนาหรือกำหนดตัวชี้วัดจะสามารถประเมินคุณภาพของผู้ให้บริการได้อย่างครอบคลุม สามารถสะท้อนคุณภาพของวิธีการและขั้นตอนทางคลินิก เนื่องจากกระบวนการเหล่านี้เป็นขั้นตอนของการให้บริการที่จะสามารถกำหนดกิจกรรมการดูแลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการรักษา และกำหนดงานในส่วนของการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

ผลลัพธ์ (outcome)

จากรูปแบบแนวคิดด้านการวัด/การประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของ Donabedian⁶ ที่สามารถประเมินคุณภาพการดูแลให้ครอบคลุมได้จากองค์ประกอบมาตรฐาน 3 ด้าน คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) ทั้งนี้สิ่งสำคัญในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลที่ดี และสามารถเชื่อมโยงถึงการจัดการด้านโครงสร้างและกระบวนการในการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ ผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินเพื่อสะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีความชัดเจน จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสำรวจ ในที่นี้หมายถึง ขอบเขต



(domain) โดยในระดับนานาชาติ¹¹ พบว่า มีการพิจารณา 2 ขอบเขตสำคัญที่จะสามารถสะท้อนและประเมินผลลัพธ์คุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในมุมมองของผู้ให้บริการ (providers) กระบวนการรักษาทางคลินิก (clinical treatment) และผู้รับบริการ (medical care receivers) ที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ประกอบด้วย คุณภาพทางคลินิก (clinical quality) และประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience)

2. ขอบเขตและมิติของคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์

2.1) คุณภาพทางคลินิก (clinical quality)

คุณภาพทางคลินิก เป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงการบำบัดรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค การเจ็บป่วย หรือ พยาธิสภาพที่เป็นอยู่ ซึ่งมีความสำคัญในระบบบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษา พัฒนาสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการทางคลินิก ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ การคัดกรอง (screening) การวินิจฉัย (diagnosis) การรักษา (treatment) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม (continuum care/follow-up) เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ (quality of medical care) จึงพิจารณาให้ความสำคัญกับผลการรักษาทางคลินิก หรือคุณภาพทางคลินิก (clinical quality) ที่สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ดังนั้น จึงต้องกำหนดมิติ (dimension) ภายใต้อุปขอบเขตของคุณภาพทางคลินิกให้ชัดเจน

มิติของคุณภาพทางคลินิก (dimension of clinical quality)

จากการทบทวนมิติ (dimension) คุณภาพการดูแลสุขภาพและการดูแลรักษาทางการแพทย์ของหน่วยงานระดับนานาชาติ พบว่า มีการประเมินด้วยมิติต่างๆ 13 มิติ¹² (ตารางที่ 3.1) ซึ่งในแต่ละหน่วยงาน/ประเทศ จะเลือกใช้การประเมินคุณภาพการดูแลในมิติที่แตกต่างกันออกไป ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา มาตรฐานการรักษา และบริบทของหน่วยงาน/ประเทศนั้นๆ



ตารางที่ 3.1 มิติ (dimension) ในการประเมินคุณภาพ

Dimension	UK	Canada	Australia	USA	EHCI	Commonwealth Fund	WHO
Acceptability		#				#	
Accessibility	#	#	#	##		#	
Appropriateness		#	#			#	
Capacity	#						
Competence or Capability	#	#	#		#		
Continuity		#	#			#	
Effectiveness ^a or Improving health or Clinical focus	# #	#	#	#		#	#
Efficiency ^a		#	#	##*			###
Equity ^a		#*	#*	#*			#
Patient-centeredness ^a or Patient focus or Responsiveness	#	#?	#	#			#
Safety ^a		#	#	#			
Sustainability			#				

หมายเหตุ :

- * Cross-cutting dimension that applies to all other domains/dimensions
- ** Still not operationalized, though part of original Institute of Medicine's framework for the US
- # Present in the country's framework
- ## Operationalized as a dimension of equity
- ### Implied in the calculations and definitions of the attainment indices
- #? Implied in the operationalization of "acceptability"
- #?* Seen in the operationalization of "patient focus" and in the use of key targets
- ECHI : European Community Health Indicators
- WHO : World Health Organization
- ^a IOM's dimensions



อย่างไรก็ตาม มิติที่มักถูกนำมาใช้ในการศึกษาคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ด้านคลินิก เช่น การศึกษาคุณภาพการดูแลฉุกเฉินในเด็ก¹ และการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา⁵ พบว่าอ้างอิงการใช้มิติของ Institute of Medicine (IOM) 6 มิติ ได้แก่ ความปลอดภัย (safety) ประสิทธิภาพ (effectiveness) ประสิทธิภาพ (efficient) ความทันกาล (timeliness) การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centeredness) และความเป็นธรรม (equity) ทั้งยังพบว่าการจัดอันดับ (ranking) ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของนานาชาติ¹³ (ตารางที่ 3.2) ซึ่งจำแนกตาม 6 มิติของ IOM เช่นกัน

ตารางที่ 3.2 การจัดอันดับ (Ranking) มิติในการศึกษาคุณภาพการดูแลทางการแพทย์

	AUS	CAN	GER	NZ	UK	US
Overall Ranking	4	5	1	2	3	6
Patient Safety	4	5	2	3	1	6
Effectiveness	4	2	3	6	5	1
Patient Centeredness	3	5	1	2	4	6
Timeliness	4	6	1	2	5	3
Efficiency	4	5	1	2	3	6
Equity	2	4	5	3	1	6

Note : 1=highest ranking, 6=lowest ranking.

* Adapted from Health expenditures per capita figures are adjusted for differences in cost of living. Source : B.K. Frogener and G.F. Anderson, Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2005 (New York : The Commonwealth Fund, Apr. 2006).

*AUS : Australia, CAN : Canada, GER : Germany, NZ : Newzealand, UK : United Kingdom and US: United States

ดังนั้น เพื่อให้มีความครอบคลุมในด้านการดูแลรักษาทางคลินิก เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา และกำหนดแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ในรูปแบบที่เหมาะสมกับประเทศกำลังพัฒนา การศึกษาครั้งนี้จึงนำมิติของ IOM ทั้ง 6 มิติข้างต้น มาประยุกต์ใช้ในการสำรวจคุณภาพการดูแลทางคลินิกตามบริบทของประเทศไทย โดยมีคำจำกัดความในมิติต่างๆ^{14,15} ดังต่อไปนี้



- ความปลอดภัย (safety) หมายถึง การหลีกเลี่ยงความผิดพลาด (error) ทางด้านการแพทย์ ซึ่งหมายรวมถึง การวินิจฉัยผิดพลาด การรักษาผิดพลาด การติดเชื้อจากโรงพยาบาล ความผิดพลาดจากกระบวนการรักษา กระบวนการป้องกันความผิดพลาด รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่จะส่งผลต่อผู้ป่วย เช่น สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ การสื่อสาร เป็นต้น
- ประสิทธิภาพ (effectiveness) หมายถึง การให้บริการที่เหมาะสมที่สุดตามข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และความเชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์ รวมถึงการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากที่สุด
- ความเป็นธรรม (equity) หมายถึง การส่งเสริมทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่ส่งผลถึงผู้ป่วย ให้เกิดความคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพในดำเนินการตามรูปแบบการบริการที่เหมาะสมซึ่งไม่ส่งผลเสียต่อคุณภาพการบริการ
- ความทันกาล (timeliness) หมายถึง กระบวนการที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ยอมรับได้ โดยแบ่งเป็น 1) การให้บริการที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ได้แก่ ความทันเวลา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และระยะเวลาในการรอคอย เป็นต้น และ 2) การขาดแคลนทรัพยากร/บุคลากร อันทำให้เกิดความเสี่ยง และ/หรือผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ในผู้ป่วยวิกฤต
- การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centeredness) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงคุณลักษณะของผู้ให้บริการที่แสดงออกถึงความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ความเห็นใจ และการเคารพสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้เกิดคุณภาพการให้บริการที่เหมาะสม ซึ่งหมายรวมถึง มีการให้ข้อมูลที่เพียงพอ การสื่อสาร การให้ความรู้ คำนึงถึงความสะดวกสบายและอารมณ์ของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ญาติ/เพื่อนของผู้ป่วย
- ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง การส่งเสริมทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่ส่งผลถึงผู้ป่วย ให้เกิดความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในดำเนินการตามรูปแบบการบริการที่เหมาะสมซึ่งไม่ส่งผลเสียต่อคุณภาพการบริการ

2.2) ประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience)

ประสบการณ์จากการดูแลรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วย เป็นประเด็นสำคัญที่จะสะท้อนถึงคุณภาพของบริการ ผู้ให้บริการ และผลลัพธ์ทางการรักษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งหลายหน่วยงานในต่างประเทศมีการประเมินคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ โดยพิจารณาถึงเป้าหมายสำคัญ คือ การบริการที่ไร้รอยต่อ มีคุณภาพ และมีประโยชน์ในการบริการทางการแพทย์สูง¹² ทั้งนี้ ได้มีการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยในต่างประเทศ ดังเช่นการสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ โดยมีการกำหนดประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นขอบเขตโดยมีการเปรียบเทียบคุณภาพของโรงพยาบาลในด้านต่างๆ อันได้แก่ ด้านการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่นๆ ความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการความเจ็บปวด ความสะอาดภายในโรงพยาบาล รวมถึงการได้รับข้อมูลก่อนออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น



มิติของประสบการณ์ของผู้ป่วย (dimension of patient experience)

จากการศึกษาแนวคิดของหน่วยงาน National Health System (NHS) ในประเทศสกอตแลนด์¹⁷ ใช้ประสบการณ์ของผู้ป่วย 3 มิติ (dimension) มีการจัดทำตัวชี้วัดเฉพาะโรคมาเร็งที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลทางคลินิก และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมาเร็ง ทั้งนี้ประสบการณ์ของผู้ป่วย สามารถสะท้อนการดูแลรักษาทางการแพทย์ ได้อย่างชัดเจน โดยพิจารณาใน 3 มิติ ได้แก่

- มิติด้านการสื่อสาร (communication) พิจารณาถึงประสบการณ์ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย กับผู้ให้บริการ ในการดูแลรักษา ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการให้บริการทางคลินิก
- มิติด้านการได้รับข้อมูล (information provision) พิจารณาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูล ข่าวสารที่มีผลต่อการรักษา จากผู้ให้บริการ เช่น การอธิบายเกี่ยวกับโรค ขั้นตอน วิธีการรักษา เป็นต้น
- มิติด้านการตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making) พิจารณาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการเพื่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา ภายใต้ข้อมูลที่เพียงพอ

ในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) ที่จะเป็นข้อมูลในการสำรวจ และประเมิน คุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามประเด็นปัญหาสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยพิจารณาตามรายโรค เพื่อสะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม และเหมาะสม

จากการศึกษาทบทวนเกี่ยวกับกรอบการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ทำให้ได้มิติของการวัดและประเมิน คุณภาพ โดยจะพิจารณาใน 2 ขอบเขต (domain) คือ คุณภาพทางคลินิก (clinical quality) และประสบการณ์ของ ผู้ป่วย (patient experience) ซึ่งในแต่ละขอบเขตจะประกอบด้วยมิติ (dimension) ในการศึกษานี้จะให้ความสำคัญ กับขอบเขตด้านคุณภาพทางคลินิก (clinical quality) เป็นหลัก เนื่องจากสะท้อนถึงคุณภาพในมุมมองของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เพราะฉะนั้นการให้คำจำกัดความของมิติ (dimension) มีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะเป็นข้อมูลในการพิจารณาเลือกใช้ตัวชี้วัด (indicator) หรือสร้าง/พัฒนาตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับบริบท ของระบบบริการแต่ละประเด็นปัญหา ในขั้นตอนต่อไป



3. การศึกษารูปแบบและวิธีการสำรวจข้อมูล

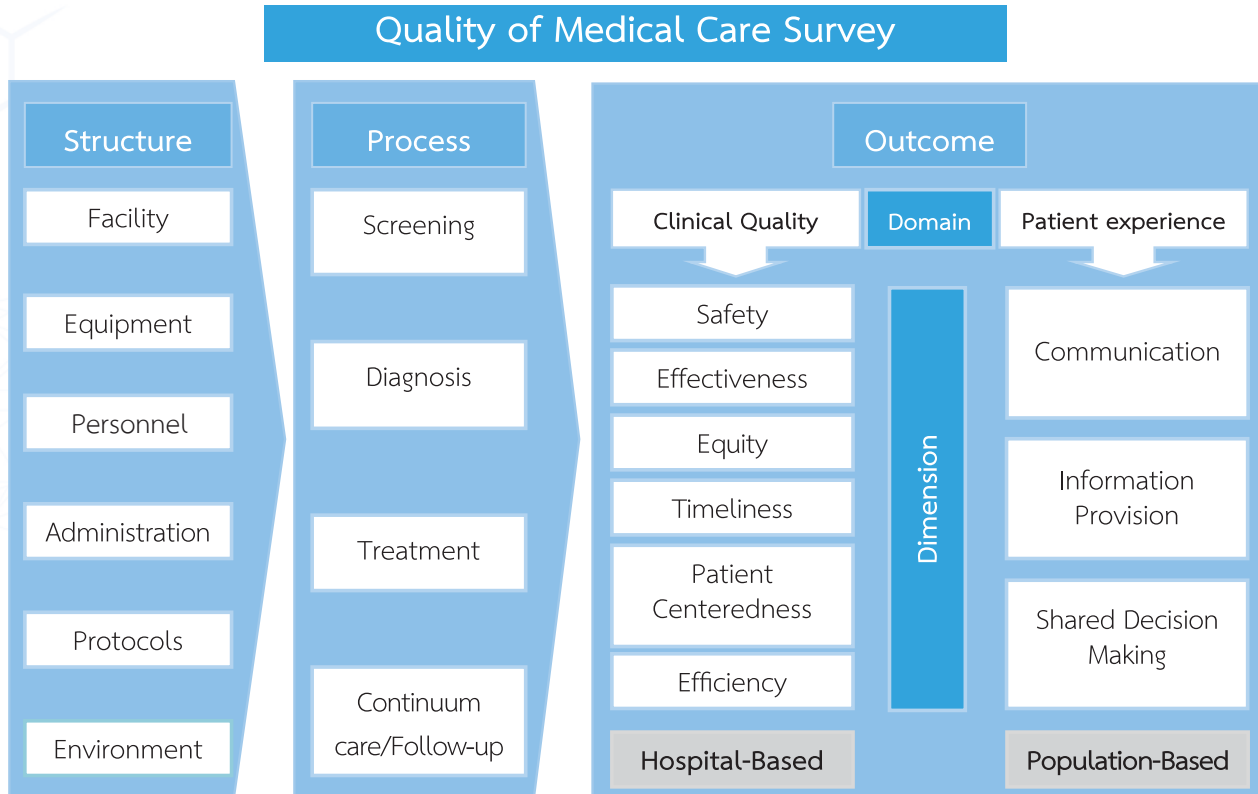
จากการทบทวนเอกสารพบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ทั้งในและต่างประเทศจะมีการเก็บรวบรวมด้านผลลัพธ์ และคุณภาพ การดูแลรักษาเป็นข้อมูลระดับโรงพยาบาล (hospital-based) โดยใช้แหล่งข้อมูลจากเวชระเบียน (medical records) ของผู้ป่วยจากสถานบริการ¹⁸ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่จะทำการเก็บข้อมูลในมิติ (dimension) ของประสิทธิผล (effectiveness) เช่น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีผลทางคลินิกที่ดีขึ้นตามพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

สำหรับข้อมูลในระดับประชากร (population-based) ส่วนใหญ่ในต่างประเทศมีใช้ในระดับการประเมิน ความพึงพอใจของสถานบริการ การให้บริการ และความพึงพอใจโดยรวม¹⁹ รวมถึงในประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low income countries) มีการรวบรวมข้อมูลระดับประชากร ในการประเมินคุณภาพการให้คำปรึกษา/คำแนะนำ ของแพทย์²⁰ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น แบบสอบถาม (questionnaire) การสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม (interview/ focus group) การสังเกต (observation) จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาในมิติ (dimension) ของการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centeredness) เช่น การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หรือวิธีการฟื้นฟูร่างกาย เป็นต้น

จากการทบทวนวิธีการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ระดับ พบว่า มีความครอบคลุม สอดคล้อง เป็นไปตามกรอบแนวคิด ของการทบทวนในส่วนของกระบวนการ (process) ประกอบด้วย การคัดกรอง (screening) การวินิจฉัย (diagnosis) การรักษา (treatment) และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม (continuum care/follow-up) ซึ่งการทบทวน เริ่มจากการศึกษากรอบแนวคิดของคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ รวมถึงตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินในรายโรค

4. การวิเคราะห์/สังเคราะห์สร้างกรอบแนวคิด

จากความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ ทั้ง 3 ด้าน ของ Donabedian มีความสัมพันธ์ต่อกัน กล่าวคือ การมีระบบโครงสร้างทางการแพทย์ที่ดี จะส่งผลต่อกระบวนการการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ซึ่งเมื่อ กระบวนการมีคุณภาพก็จะส่งผลให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคุณภาพตามไปด้วย⁶ จากความสัมพันธ์ของหัวข้อต่างๆ ที่ศึกษา ทบทวนดังกล่าว สามารถนำมาสร้างกรอบแนวคิด (ภาพที่ 3.2) มีความครอบคลุมของการออกแบบตามการศึกษาทบทวน จากข้อมูลวิชาการของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศเป็นพื้นฐาน เชื่อมโยงรายละเอียดขององค์ประกอบ กระบวนการ และผลลัพธ์ที่คำนึงถึงคุณภาพทางคลินิกและประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยมีมิติย่อยที่สามารถ อธิบายผลลัพธ์ทั้งสองด้านได้อย่างชัดเจน ผ่านการเก็บข้อมูลทั้งสองระดับ ได้แก่ ระดับประชากร และระดับโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนและอธิบายคุณภาพการการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้ตามบริบทของระบบบริการ ทางการแพทย์ของประเทศ



ภาพที่ 3.2 กรอบแนวคิด การสำรวจคุณภาพการดูแลสุขภาพทางการแพทย์สำหรับประเทศไทย

5. การเลือกประเด็นหัวข้อในการศึกษา

ประเด็นที่จะทำการสำรวจ (survey) พิจารณาจาก service plan ของกระทรวงสาธารณสุขที่กรมการแพทย์ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยพิจารณาเลือกจากข้อมูลอ้างอิงวิชาการ (evidence-based) ที่สะท้อนว่าประเด็นปัญหาดังกล่าวเหมาะสมที่จะทำการสำรวจหรือไม่ ซึ่งพิจารณาข้อมูลประเด็นต่างๆ ดังนี้ หน่วยงานอื่นๆ ใช้ประเด็นต่อไปนี้ในการเลือก

- ข้อมูลระบาดวิทยา (epidemiology) พิจารณาจากปัจจัยเสี่ยงของโรค/ปัญหา การกระจายตัวของปัญหา อุบัติการณ์ ความชุก รวมถึงข้อมูลย้อนหลังที่แสดงให้เห็นแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน
- ข้อมูลภาระโรค (burden of disease) พิจารณาจากความเสียหาย/ความสูญเสียที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าว อาจรวมถึงความเสียหายทางเศรษฐศาสตร์ด้วย
- ระบบการดำเนินงาน การบริหารจัดการที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ ข้อมูลตัวชี้วัด ข้อมูลด้านกระบวนการรักษา ทั้งการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม เครือข่ายการบริการในเขตบริการสุขภาพ รวมถึงระบบการติดตามประเมินผล ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ พัฒนาต่อยอดในการดำเนินการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้



ผลการเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพที่ทำการทบทวน (review) รวมถึงเป็นกรอบนำไปสู่การสำรวจ (survey) ตามลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย²¹ ประกอบด้วย

1. สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย
 - 1.1 โรคเบาหวาน
 - 1.2 โรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3 โรคหลอดเลือดสมอง
2. สาขาโรคมะเร็ง
3. สาขาโรคหัวใจ

6. การศึกษาตัวชี้วัด

เนื่องจากการทบทวน หน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศรวมถึงผลงานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่จากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือตามหัวข้อประเด็น/ปัญหาสุขภาพดังกล่าว มีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และการนำผลไปใช้ รวมถึงการนิยามตัวชี้วัด ส่วนหนึ่งมาจากบริบทของระบบบริการสุขภาพหรือระบบบริการทางการแพทย์ของแต่ละประเทศ เมื่อนำมาจัดให้อยู่ในกรอบของทั้ง 4 กระบวนการ อาจยังไม่ครอบคลุม หรือยังไม่ชัดเจนที่จะนำมาเปรียบเทียบ แต่อย่างไรก็ตามผลจากการทบทวน ที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจ ในการพิจารณาเลือกใช้ตัวชี้วัด ที่ครอบคลุมทุกกระบวนการในแต่ละประเด็น/หัวข้อที่จะทำการสำรวจต่อไป โดยผลจากการทบทวนสามารถจำแนกตามกระบวนการได้ ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 ผลการทบทวน (Review) ตัวชี้วัด (Indicator) จำแนกตามกระบวนการ (process)

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
RAND ²²	-	1. Patients with fasting blood sugar >126 or postprandial blood sugar >200 should have a diagnosis of diabetes noted in progress notes or problem list. 2. Patients with the diagnosis of Type 1 or Type 2 diabetes should have all of the following: - Glycosylated hemoglobin or fructosamine every 6 months; - Eye and visual exam (annual); - Total serum cholesterol and HDL cholesterol test (annual); - Measurement of urine protein (annual); - Examination of feet at least twice a year; - Measurement of blood pressure at every visit. 3. Type 1 and 2 patients taking insulin should monitor their glucose at home unless documented to be unable or unwilling.	1. Newly diagnosed diabetics should receive dietary and exercise counseling. 2. Type 2 diabetics who have failed dietary therapy should receive oral hypoglycemic therapy. 3. Type 2 diabetics who have failed dietary therapy should be offered insulin. 4. Hypertensive diabetics with proteinuria should be offered and ACE inhibitor or a calcium channel blocker within 3 months of the notation of proteinuria.	1. All patients with diabetes should have a follow-up visit at least every 6 months.

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Service Plan ²³	1. ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิตสูง (≥90%)	1. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ (<4%) 2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) (>60%)	1. กลุ่มเสี่ยงสูง (pre-DM, pre-HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (>50%) 2. กลุ่มป่วย (DM, HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (>70%) 3. การจัดบริการ NCD คลินิกในสถานบริการสุขภาพระดับ F1/M/S/A (>50%)	1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ (>50%) 2. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ (100%)
OECD (2004) ²⁴	-	1. Annual HbA1c testing 2. Annual LDL cholesterol testing 3. Annual screening for nephropathy 4. Annual eye exam 5. HbA1c control 6. LDL cholesterol control	-	1. Lower Extremity Amputation Rates 2. Kidney Disease in Persons with Diabetes 3. Cardiovascular mortality in patients with diabetes
THIP ²⁵	-	1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา	1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตัดตาจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน 2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%, FPG ครึ่งสุดท้ายติดต่อกัน 70-130 mg/dl)	-

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
American Diabetes Association ²⁶⁻²⁸	-	1. HbA1c tests at least twice a year 2. Lipid profile tests at least once a year 3. Serum creatinine tests at least once a year (for estimation of the glomerular filtration rate) 4. Microalbuminuria test at least once a year 5. Dilated eye exam at least once a year 6. Comprehensive foot exam at least once a year	1. Antiplatelet therapy to prevent cardiovascular disease in diabetes patients over age 40 years old	1. Blood pressure measured at each routine diabetes
NHS ^{29,30}	-	1. The percentage of patients with diabetes who have a record of retina screening in the previous 15 months 2. The percentage of patients with diabetes with a record of the presence or absence of peripheral pulses in the previous 15 months 3. The percentage of patients with diabetes with a record of neuropathy testing in the previous 15 months 4. The percentage of patients with diabetes who have a record of the blood pressure in the previous 15 months	1. The percentage of patients with diabetes with a diagnosis of proteinuria or micro-albuminuria who are treated with ACE inhibitors (or A2 antagonists)	1. The percentage of patients with diabetes whose notes record BMI in the previous 15 months

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
NHS (ต่อ)		5. The percentage of patients with diabetes who have a record of micro-albuminuria testing in the previous 15 months (exception reporting for patients with proteinuria) 6. The percentage of patients with diabetes who have a record of estimated glomerular filtration rate (eGFR) or serum creatinine testing in the previous 15 months 7. The percentage of patients with diabetes who have a record of HbA1c or equivalent in the previous 15 months 8. The percentage of patients with diabetes in whom the last blood pressure reading is 145/85 or less 9. The percentage of patients with diabetes who have a record of total cholesterol in the previous 15 months 10. The percentage of patients with diabetes whose last measured total cholesterol within the previous 15 months is 5 mmol/l or less		

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

Review paper/ Organization	Process		
	Screening	Diagnosis	Treatment
NHS (ต่อ)		11. The percentage of patients with diabetes who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March 12. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 7 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months 13. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 8 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months 14. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 9 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months 15. The percentage of patients with diabetes in whom the last HbA1c is 10 or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the previous 15 months	
			Continuum Care/ Follow up

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
NHS (ต่อ)		16. The percentage of patients with diabetes in whom the last blood pressure is 150/90 or less in the preceding 15 months 17. The percentage of patients with diabetes in whom the last blood pressure is 140/80 or less in the preceding 15 months 18. The percentage of patients with diabetes in whom the last IFCC-HbA1c is 59 mmol/mol (equivalent to HbA1c of 7.5% in DCCT values) or less (or equivalent test/reference range depending on local laboratory) in the preceding 15 months 19. The percentage of patients with diabetes in whom the last IFCC-HbA1c is 64 mmol/mol (equivalent to HbA1c of 8% in DCCT values) or less (or equivalent test /reference range depending on local laboratory) in the preceding 15 months		

1. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
NHS (ต่อ)		20. The percentage of patients with diabetes in whom the last IFCC-HbA1c is 75 mmol/mol (equivalent to HbA1c of 9% in DCCT values) or less (or equivalent test /reference range depending on local laboratory) in the preceding 15 months 21. The practice can produce a register of all patients aged 17 years and over with diabetes mellitus, which specifies whether the patient has Type 1 or Type 2 diabetes 22. The percentage of patients with diabetes with a record of a foot examination and risk classification: 1) low risk (normal sensation, palpable pulses), 2) increased risk (neuropathy or absent pulses), 3) high risk (neuropathy or absent pulses plus deformity or skin changes or previous ulcer) or 4) ulcerated foot within the preceding 15 months		

2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Service Plan ²³	1. ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิตสูง ($\geq 90\%$)	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ไต) ($>60\%$)	1. กลุ่มเสี่ยงสูง (pre-DM, pre-HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ($>50\%$) 2. กลุ่มป่วย (DM, HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ($>70\%$) 3. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ($>40\%$) 4. การจัดบริการ NCD คลินิก ในสถานบริการสุขภาพระดับ F1/M/S/A ($>50\%$)	1. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ (100%)
Quality Indicators for Hypertension ³¹ (RAND 1999)	1. Systolic and Diastolic blood pressure should be measured on patient otherwise presenting for care at least once each year if their initial SBP ≥ 131 or DBP ≥ 86	1. All patient with high-normal blood pressure (HN) with target organ damage OR patient with average blood pressure of Stage 1 or greater, as determine by 3 or more measurement on separate visits, should have a diagnosis of hypertension documented in the record. 2. Patients with a new diagnosis of HN with either target organ damage and/or diabetes should have at least 3 or more measurement on separate visits with a mean systolic blood pressure of 130-139 or diastolic blood pressure of 85-89	1. First-line treatment for patients in risk group HN-A or HN-B or Stage 1A hypertension, is lifestyle modification. The medical record should indicate counseling for at least 1 of the following interventions prior to initiating pharmacotherapy: - Weight reduction if obese; - Increased physical activity if secondary;	1. Newly diagnosed Stage 1 patients should visit provider within 2 months of their initial visit. 2. Newly diagnosed Stage 2 patients should be evaluated by the provider within 1 month of their initial visit.

2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Quality Indicators for Hypertension (RAND 1999) (ต่อ)	2. Systolic and Diastolic blood pressure should be measured on patient otherwise presenting for care at least once in 2 years if their initial SBP < 131 or DBP < 86	3. Patients with a new diagnosis of stage 1-3 hypertension should have at least 3 or more measurement on separate visits with a mean SBP > 140 or a mean DBP > 90 4. Initial history and physical of patients with hypertension should document assessment of at least 2 items from each of the following group by the third visit: - History: Family or personal history of premature CAD, CVA, diabetes, hyperlipidemia; - Medication and substance abuse: Personal history of tobacco abuse, alcohol abuse, or taking of medications that may cause hypertension; Physical examination: Examination of the fundi, heart sounds, abdomen for bruits, peripheral arterial pulses, neurologic system	- Low sodium diet, or - Alcohol intake reduction if alcohol drinker. 2. Treatment for stage 1B & 1C, and Stage 2 & 3 hypertension should include lifestyle modification. The medical record should indicate counseling for at least 1 of the following interventions: - Weight reduction if obese; - Increased physical activity if sedentary; - Low sodium diet, or - Alcohol intake reduction if alcohol drinker. 3. Stage 1A hypertensive whose blood pressure remains stage 1 after 12 months life style modification should receive pharmacotherapy	3. Newly diagnosed Stage 3 patients should be evaluated by the provider within 1 week of their initial visit. 4. Hypertensive patients with consistent average SBP > 140 or DBP > 90 over 3 months should have one of the following interventions recorded in the medical record: - Change in dose or regimen of antihypertensives; or - Repeated education regarding lifestyle modifications.

2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Quality Indicators for Hypertension (RAND 1999) (ต่อ)			4. Patient in any risk group with Stage 2-3 hypertension should receive pharmacotherapy 5. Patient in Risk group C with any stage hypertension should receive pharmacotherapy	
QOF ³⁰	-	The practice can produce a register of patients with established hypertension	-	1. The percentage of patients with hypertension in whom there is a record of blood pressure in the preceding 9 months 2. The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in the preceding 9 months) is 150/90 or less IO
NHS ²⁹	-	The practice can produce a register of patients with established hypertension	-	-
THIP ²⁵	-	-	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	-

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Review paper/ Organization	Process				Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment		
Prasat Neurological Institute ³²	P01: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หลังรับไว้ในโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง (100%)	P01: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับไว้ในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง (100%)	S01: ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที) ในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Door to Needle Time) (<60%)	S02: ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง (<3%)	S02: ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง (<3%) S04: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง (<3%) S03: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Antiplatelet) เพื่อการรักษากายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ (>85%) S04: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่กลับบ้าน และได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) หรือยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด (Anticoagulant) ขณะจำหน่าย (Discharge) (100%)
	P02: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การตรวจ EKG หลังเกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมง (100%)	P02: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การตรวจ EKG หลังเกิดอาการภายใน 24 ชั่วโมง (100%)	S02: ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมง (<3%)	S04: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Antiplatelet) เพื่อการรักษากายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ (>85%)	
	P03: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การตรวจ CT Scan และหรือ MRI/MRA สมอภายใน 24 ชั่วโมง (100%)	P03: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การตรวจ CT Scan และหรือ MRI/MRA สมอภายใน 24 ชั่วโมง (100%)	S03: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Antiplatelet) เพื่อการรักษากายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ (>85%)	S03: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Antiplatelet) เพื่อการรักษากายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ (>85%)	
	P09: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การประเมินการกลืนภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล (100%)	P04: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยา Nifedipine Sublingual หลังเกิดอาการ (0%)	S04: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่กลับบ้าน และได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) หรือยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด (Anticoagulant) ขณะจำหน่าย (Discharge) (100%)	S05: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีระดับไขมัน LDL สูง กลับบ้าน และได้รับยาในกลุ่ม Statin ขณะจำหน่าย (>80%)	

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Prasat Neurological Institute (ต่อ)	P12: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การตรวจ EKG Monitor 24 ชั่วโมงแรก หลังรับไว้ใน โรงพยาบาล ($\geq 80\%$)	P09: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การประเมินการกลืนภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล (100%)	S05: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีระดับไขมัน LDL สูง กลับบ้าน และได้รับยาในกลุ่ม Statin ขณะจำหน่าย ($\geq 80\%$)	P07: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การดูแลรักษาใน Stroke Unit/Stroke Corner ($\geq 70\%$)
		P12: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการตรวจ EKG Monitor 24 ชั่วโมงแรก หลังรับไว้ในโรงพยาบาล ($\geq 80\%$)	P04: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยา Nifedipine Sublingual หลังเกิดอาการ (0%)	P10: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพและทำ กายภาพบำบัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล (100%)
			P05: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีไข้ ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) และได้รับ การดูแลรักษาภาวะไข้อย่างเหมาะสม ($\geq 85\%$)	O01: ร้อยละการกลับเข้ารับ รักษาภายใน 28 วัน (Readmission) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน ($< 1.5\%$)
			P06: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลรักษาตาม แนวทางที่วางแผนไว้ (Care Map/Path Way) (100%)	O02: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะ ทุพพลภาพลดลง/คงที่ (Barthel - B1 ระดับ ≥ 0) ($\geq 70\%$)
			P07: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลรักษาใน Stroke Unit/Stroke Corner ($\geq 70\%$)	O03: จำนวนวันนอนเฉลี่ย (LOS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 70\%$)

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Prasat Neurological Institute (ต่อ)			P08: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนจำหน่าย (100%) P10: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและทำกายภาพบำบัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล (100%) P11: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการบำบัด/คำแนะนำเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ ($\geq 70\%$) O01: ร้อยละการกลับเข้ารักษาภายใน 28 วัน (Readmission) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($< 1.5\%$) O02: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะทพภาพลดลง/คงที่ (BIจำหน่าย - BIแรกรับ ≥ 0) ($\geq 70\%$) O05: ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 3\%$) O06: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะทพภาพลดลง/คงที่ (mRSFU - mRSจำหน่าย ≤ 0) ($\geq 80\%$)	O04: ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (หน่วย: พันบาท) ≈ 21.8 O05: ร้อยละการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 3\%$) O06: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะทพภาพลดลง/คงที่ (mRSFU - mRSจำหน่าย ≤ 0) ($\geq 80\%$) O07: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะทพภาพลดลง/คงที่ (NIHSFU - NIHSSจำหน่าย ≤ 0) ($\geq 80\%$) C01: ร้อยละการเกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 5\%$)

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Review paper/ Organization	Process				Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment		
Prasat Neurological Institute (ต่อ)			O07: ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีความรุนแรงของภาวะโรคหลอดเลือดสมองลดลง/คงที่ (NIHSS/U - NIHSS จำนวน ≤ 0) ($\geq 80\%$)		C02: ร้อยละการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใน 48 ชั่วโมง ($\leq 5\%$) C03: ร้อยละการเกิดแผลกดทับ (Pressure Sore/Skin Break) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 0.5\%$) C04: ร้อยละการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 0\%$) C05: ร้อยละการเกิดหลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน (DVT) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ($\leq 5\%$)

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Service plan ²³ : ประเด็นปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีโอกาสรับการรักษ ที่ได้มาตรฐานทั่วถึงมากขึ้น	- เครื่องมือต้องมี SFT SU อย่างน้อย 1 แห่ง (ครบ 60%)	- เครื่องมือต้องมี SFT SU อย่างน้อย 1 แห่ง (ครบ 60%) - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ Rehabilitation programme (มากกว่าร้อยละ 60)	- เครื่องมือต้องมี SFT SU อย่างน้อย 1 แห่ง (ครบ 60%) - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ASA 48 in hour for treatment/anti-platelet for 2nd prevention (มากกว่าร้อยละ 60) - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ Rehabilitation programme (มากกว่าร้อยละ 60)	- เครื่องมือต้องมี SFT SU อย่างน้อย 1 แห่ง (ครบ 60%)
ประเด็นปัญหาที่ 2 ประชาชนได้รู้และเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยงการเกิด และรู้ ว่าเมื่อใดและควรไปเฝ้า เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	- จัดกิจกรรม Stroke awareness/ Stroke alert อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อปี (≥45 ปี ที่ 50% ของประชากรเป้าหมายที่รับผิดชอบ)	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ Rehabilitation programme (มากกว่าร้อยละ 60)	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ASA 48 in hour for treatment/anti-platelet for 2 nd prevention (มากกว่าร้อยละ 60) - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ Rehabilitation programme (มากกว่าร้อยละ 60)	
ประเด็นปัญหาที่ 3 พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองของ สถานบริการสาธารณสุข และเชื่อมโยงกับต่างระดับ Variations in quality	- จัดกิจกรรม Stroke awareness/ Stroke alert อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งต่อปี (10% ของเครือข่าย)	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ ASA 48 hour (มากกว่าร้อยละ 60) - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ Rehabilitation programme (มากกว่าร้อยละ 60)	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการ Rehabilitation programme (มากกว่าร้อยละ 60)	

3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

Review paper/ Organization	Process			Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment	
indicators of acute stroke care in 6 European countries: the European Implementation Score (EIS) Collaboration ³³	- Identify stroke center: brain imaging, rt-PA, stroke unit. - Identify stroke unit, fast track - Stroke warning signs - Early Brain imaging (CT or MRI brain): non-fast track < 6-24 hrs. and fast track ≤ 45 mins. - Admit at Stroke unit - Dysphagia screening/ Swallowing test within 24 hours (before being given any food, fluids, or medication by mouth) - Early mobilization ≤ 48 h - Carotid/vessel imaging - ECG during hospitalization	- Identify stroke center: brain imaging, rt-PA, stroke unit. - Identify stroke unit, fast track - Stroke warning signs - Early Brain imaging (CT or MRI brain): non-fast track < 6-24 hrs. and fast track ≤ 45 mins. - Admit at Stroke unit - Dysphagia screening/Swallowing test within 24 hours (before being given any food, fluids, or medication by mouth) (SD) - Early mobilization ≤ 48 h - Carotid/vessel imaging	- Stroke education: personal risk factors for stroke, stroke warning signs, activation of EMS, need for follow-up after discharge, and medications prescribed - Stroke warning signs - Early Thrombolytic therapy within appropriate time window: Door to needle ≤ 60 mins. - Early Aspirin or antiplatelet administration ≤ 48 hours. - Discharged on cholesterol-reducing medication (statin): Patients with LDL >100, or LDL not measured, cholesterol-reducer before admission, who are discharged on cholesterol-reducing drugs - Deep vein thrombosis (DVT) prophylaxis	- Assessment of mood disorders at discharge. - Discharge on blood pressure lowering therapy - Discharged on antithrombotic/antiplatelet therapy: anticoagulant if AF, antiplatelet if no-AF - Discharge on anticoagulation for patients with atrial fibrillation. - Discharged on cholesterol-reducing medication (statin): Patients with LDL >100, or LDL not measured, or on cholesterol-reducer before admission, who are discharged on cholesterol-reducing drugs

3. โจทย์ตลอดเลอดสมอง (Stroke)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Variations in quality indicators of acute stroke care in 6 European countries: the European Implementation Score (EIS) Collaboration (ต่อ)			- (Nonambulatory patients should start receiving DVT prophylaxis by end of hospital Day 2) - Discharged on antithrombotic/antiplatelet therapy: anticoagulant if AF, antiplatelet if no-AF - Discharge on anticoagulation for patients with atrial fibrillation. - Assessed for rehabilitation (OT/PT) ≤48h - Smoking cessation/stroke education.	- Death during hospital period on day 7 - Telestroke
QQUIP ³⁴ (Quest for Quality and Improved Performance)	- Screened for swallowing disorders within 24h of admission - Brain scan within 24h of stroke - Assessment by Occupational Therapist within 7 days of admission - Weighed at least once during admission	- Screened for swallowing disorders within 24h of admission - Brain scan within 24h of stroke - Physiotherapy assessment within first 72h of admission	- Treated in stroke unit during their stay - More than 50% stay was on stroke unit - Commenced aspirin by 48h of stroke - Physiotherapy assessment within first 72h of admission - On antithrombotic therapy by discharge - Rehabilitation goals agreed by multidisciplinary team	- Assessment by Occupational Therapist within 7 days of admission - Mood assessed by discharge - On antithrombotic therapy by discharge - Rehabilitation goals agreed by multidisciplinary team - Home visit performed before discharge

4. โรคมะเร็ง (Cancer) Over all					
Review paper/ Organization	Process				
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up	
Service Plan ³⁵	-	-	- ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้ร้อยละ 40 - คิดระยะเวลาฉายแสงลดลงกว่า 50% - มีการกำหนดมาตรฐานของกิจกรรมในแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาแต่ละระดับของ โรงพยาบาล (structure) - สถานบริการมีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ เหมาะสมเพียงพอ (structure)	ผู้รับบริการได้รับการบริการ และส่งต่อ ด้วยบุคลากรเชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่เหมาะสมของ แต่ละเขตสุขภาพ	
THIP ²⁵	-	-	อัตราผู้ป่วยตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	ร้อยละการรับกลับเข้า โรงพยาบาลก่อนวันนัดโดย ไม่ได้วางแผนของผู้ป่วยมะเร็ง	
NHSO ³⁶	-	-	-		
NHS ²⁹	-	The practice can produce a register of all cancer patients defined as a 'register of patients with a diagnosis of cancer excluding non-melanotic skin cancers from 1 April 2003' (QOF)	- Median number of lymph nodes excised - Cancer 31-Day Subsequent Treatments Target (Drug Treatments) (VSA11b) - Pathology services: percentage compliance with 3D measures - Imaging services: percentage compliance with 3B measures - Radiotherapy: percentage compliance with 3E measures	- Percentage of cases staged at presentation (CA42a) - Percentage of cases staged at presentation (CA42b) - Percentage of cases staged at presentation (CA42c)	

4. โรคมะเร็ง (Cancer) Over all				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
NHS (ต่อ)		2. The percentage of patients with cancer, diagnosed within the last 18 months, who have a patient review recorded as occurring within 6 months of the practice receiving confirmation of the diagnosis (QOF) 3. Histological Confirmation Rate	6. Compliance with 3C-100 to 3C-500 measures (chemotherapy services) 7. Proportion of incident cases reviewed by MultiDisciplinary Team (MDT) for all cancers 8. Percentage of patients seeing a clinical nurse specialist 9. Percentage of patients seeing a relevant specialist nurse	
OECD ³⁷	-	-	-	-
QOF ³⁰	-	1. The practice can produce a register of all cancer patients defined as a 'register of patients with a diagnosis of cancer excluding non-melanotic skin cancers from 1 April 2003'	-	-

4. โรคมะเร็ง (Cancer) Over all

Review paper/ Organization	Process				Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment		
QOF (ต่อ)	-	2. The percentage of patients with cancer, diagnosed within the last 18 months, who have a patient review recorded as occurring within 6 months of the practice receiving confirmation of the diagnosis	-	-	-
QPIs ³⁸	-	-	-	-	-
COCO ³⁹	1. Cancer Screening - Integrated Participation 2. Primary Care and Screening	1. Reporting of Cancer Stage at Diagnosis 2. PET/CT Utilization and Wait Times 3. Wait Times for Diagnostic Assessment Program 4. Patient Experience with Diagnostic Assessment Program	1. Unplanned Visits to Hospital after Adjuvant Chemotherapy 2. Systemic Treatment Safety: Best Practice Drug Ordering 3. Unplanned Hospital Visits After Radiation 4. Appropriate Peer Review (Radiation) 5. Mortality After Stem Cell Transplant 6. Team-Oriented Care: MCCs 7. Radiation Treatment Utilization 8. IMRT Utilization 9. Wait Times for Cancer Surgery	1. Survivorship (Percentage of cancer survivors screened at least once in the first and second follow up year for symptom severity) 2. <u>End-of-Life Care Measures</u> : Use of Community Care at End-of-Life	

4. โรคมะเร็ง (Cancer) Over all				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
CQCO (ต่อ)			10. Integrated Wait Times for Radiation 11. Patient Experience with Outpatient Care 12. Symptom Assessment and Management 13. Wait Times from Diagnosis to Adjuvant Chemotherapy 14. Wait times from Surgery to Adjuvant Chemotherapy 15. Radiation Equipment Utilization	
มะเร็งเต้านม (Breast Cancer)				
Service Plan	ร้อยละของสตรีที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ไม่น้อยกว่า 80)	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	-	-
THIP	ร้อยละสตรี 30-60 ปีมีการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง	-	อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป	-
NHSO	-	-	อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งเต้านม (ที่มา: สปส.)	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาล ด้วยโรคมะเร็งเต้านม (ที่มา: สปส.)
NHS	-	-	Percentage compliance with Peer Review by team	
OECD	-	-	-	Breast cancer five-year relative survival (%)

4. โรคมะเร็ง (Cancer) Over all				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
QOF	-	-	-	-
QPIs	-	-	1. Multidisciplinary Team Meeting (MDT) 2. Non-Operative Diagnosis 3. Pre-Operative Assessment of Axilla 4. Conservation Rate 5. Surgical Margins 6. Immediate Reconstruction Rate 7. Negative Axillary Clearance Rate 8. Minimising Hospital Stay - “23 Hour” Surgery 9. HER2 Status for Decision Making 10. Radiotherapy for Breast Conservation 11. Adjuvant Chemotherapy 12. Anti-HER2 Positive Therapy	1. Overall 5 year survival for Breast Cancer 2. Overall 5 year survival for Breast Cancer for patients presenting symptomatically
COCO	1. Quality of Breast Cancer Screening 2. Breast Screening Follow-up 3. Breast Screening Participation and Retention	-	-	<u>Survivorship:</u> Breast Cancer Recovery Care According to Guidelines and follow-up Care with Specialists and Visits to Primary Care Providers

4. โรคมะเร็ง (Cancer)

Review paper/ Organization	Process			Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment	
มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer)				
Service Plan	ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ไม่น้อยกว่า 80)	สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	-	-
THIP	ร้อยละสตรีอายุ 30-60 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	-	-
NHSO	อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปในรอบ 1 ปี (ที่มา: นพ.จิรุตม์ และคณะ)	-	อัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ที่มา: สบส.)	อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ที่มา: สบส.)
NHS	-	-	-	-
OECD	-	-	-	Cervical cancer five-year relative survival (%)
QOF	1. The percentage of women (aged from 25 to 64 in England and Northern Ireland, from 20 to 60 in Scotland and from 20 to 64 in Wales) whose notes record that a cervical screening test has been performed in the preceding 5 years	-	-	-

4. โรคมะเร็ง (Cancer)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
QOF (ต่อ)	2. The practice has a system for informing all women of the results of cervical smears 3. The practice has a policy for auditing its cervical screening service, and performs an audit of inadequate cervical smears in relation to individual smear-takers at least every 2 years 4. The practice has a protocol that is in line with national guidance and practice for the management of cervical screening, which includes staff training, management of patient call/recall, exception reporting and the regular monitoring of inadequate smear rates			

4. โรคมะเร็ง (Cancer)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
QPIs	-	-	1. Radiological Staging 2. Positron Emission Tomography/Computed Tomography (PET/CT) 3. Multidisciplinary Team Meeting (MDT) 4. Radical Hysterectomy 5. Surgical Margins 6. 56 Day Treatment Time for Radical Radiotherapy 7. Chemoradiation	-
CQCO	1. Cervical Screening Follow-up 2. Cervical Screening Participation and Retention	-	-	-
มะเร็งลำไส้ (Colorectal Cancer)				
Service Plan/THIP/ NHSO	-	-	-	-
NHS	-	-	1. Percentage of bowel cancer cases where there is a histological report on the presence or absence of tumour in the resection margin 2. Percentage compliance with Peer Review by team	-

4. โรคมะเร็ง (Cancer)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
OECD	-	-	-	Colorectal cancer five-year relative survival (%)
QOF	-	-	-	-
QPIs	-	Radiological Diagnosis and Staging	1. Pre-Operative Imaging of the Colon 2. Multi-Disciplinary Team (MDT) Meeting 3. Stoma Care 4. Lymph Node Yield 5. Neoadjuvant Radiotherapy 6. Surgical Margins 7. Re-operation Rates 8. Anastomotic Dehiscence 9. Adjuvant Chemotherapy	1. 30 Day Mortality Following Surgical Resection 2. 30 Day Mortality Following Chemotherapy or Radiotherapy
CQCO	1. Colonoscopy Perforation Rates 2. Colorectal Screening Follow-up 3. Colorectal Screening Participation and Retention	Turnaround Time for Pathology (Colorectal Cancer)	-	<u>Survivorship</u> : Colon Cancer Recovery Care According to Guidelines and follow-up Care with Specialists and Visits to Primary Care Providers

4. โรคมะเร็ง (Cancer)				
Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
มะเร็งปอด (Lung Cancer)				
Service Plan/THIP	-	-	-	-
NHSO	-	-	Percentage compliance with Peer Review by team	-
NHS	-	-	-	-
OECD	-	-	-	-
QOF	-	-	-	-
QPIs	-	Pathological diagnosis	- Multi-Disciplinary Team (MDT) Meeting - Bronchoscopy - PET/CT in patients being treated with curative intent - Investigation of mediastinal malignancy - Surgical resection in non small cell lung cancer - Lymph node assessment - Radiotherapy in inoperable lung cancer - Chemoradiotherapy in locally advanced non small cell lung cancer - Chemoradiotherapy in limited stage small cell lung cancer - Systemic anti cancer therapy in non small cell lung cancer - Chemotherapy in small cell lung cancer	30 day mortality

4. โรคมะเร็ง (Cancer)				
Review paper/ Organization	Process			Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment	
มะเร็งตับ (Liver Cancer)				
CQCO		-	Treating Non Small Cell Lung Cancer by Guidelines	-
Service Plan	พบแพทย์ปีละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยที่มีอาการหรือรอยโรค 100 ในภาคอีสาน	-	-	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ (ไม่เกินร้อยละ 24 ต่อแสนประชากร)
THIP	-	-	อัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งตับ	-
NHSO	-	-	-	-
NHS	-	-	-	-
OECD	-	-	-	-
QOF	-	-	-	-
QPIs	-	-	-	-
CQCO	-	-	-	-

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
Service plan ⁴⁰	-	- ร้อยละของผู้ป่วย NSTEMI ที่ได้รับการตรวจ Echocardiography - จำนวนผู้ป่วย Heart Failure clinic เพิ่มขึ้น	- อัตราการได้รับยา Reperfusion therapy >50% - ร้อยละของผู้ป่วย NSTEMI ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ - ร้อยละของโรงพยาบาล A-S ที่มี Heart Failure clinic เพิ่มขึ้น - ระยะเวลาการผ่าตัด 4-6 เดือน - ร้อยละของโรงพยาบาล A-F2 ที่มี Warfarin clinic >50% - ผู้ป่วยได้รับการต้านการแข็งตัวของเลือดได้ target INR >50% - Stroke rate in Warfarin Clinic ลดลง - Major bleeding from Warfarin clinic ลดลง - อัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI เฉลี่ยของเขต <15% - อัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วย NSTEMI/UA ลดลง	-
TMSP ⁴¹ (หมื่นดวงใจ ปลอดภัยด้วยพระบารมี)	-	-	- จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ >80% - จำนวนและอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 90 นาที >80%	-

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
TMSP (หมื่นดวงใจ ปลอดภัยด้วยพระบารมี) (ต่อ)			3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังจาก การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ <5% 4. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI ได้รับ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามโปรแกรมขั้นพื้นฐาน >80% 5. อัตราตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในโรงพยาบาล <5% 6. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI ได้รับ ข้อมูลและการวางแผนจำหน่าย >80%	-
QOF ; สปสช. ³⁶	-	-	1. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอื่นเนื่องจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (AMI Admission rate) 2. อัตราการกลับมารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในด้วย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายใน 28 วัน 3. อัตราผู้ป่วยตายด้วยภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI Case Fatality Rate)	-
THIP II ²⁵	-	-	1. อัตราผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ ASA ภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อแรกเริ่ม 2. อัตราผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ ASA เมื่อจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Review paper/ Organization	Process			Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment	
THIP II (ต่อ)			3. อัตราผู้ป่วย AMI ที่มี LVSD ที่ได้รับยา ACE inhibitors หรือ ARB 4. อัตราผู้ป่วย AMI ที่รับการแนะนำให้อัตหรือเลิกบุหรี่ 5. อัตราผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Beta-blocker ภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อแรกเริ่ม 6. อัตราผู้ป่วย AMI ที่ได้รับ Beta-blocker เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7. อัตราผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ PPCI หรือ thrombolytic agent ภายใน 90 นาทีเมื่อแรกเริ่ม 8. ระยะเวลาก่อนนอนเฉลี่ยผู้ป่วย AMI 9. อัตราผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ที่ได้รับ thrombolytic agent ภายใน 30 นาทีเมื่อแรกเริ่ม 10. อัตราการได้รับยาปฏิชีวนะแบบป้องกันในการผ่าตัด CABG 11. อัตราการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีระดับ ASA physical stete I, II ก่อนผ่าตัด 12. อัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ไดวางแผนที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายใน 28 วันหลังการจำหน่ายครั้งก่อน 13. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ CABG 14. อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG	

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
กระทรวงสาธารณสุข, 2557 ⁴²	-	-	1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI/Primary Percutaneous Cardiac intervention) (ร้อยละ 70)	1. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ <23 ต่อประชากรแสนคน
OECD ⁴³	-	-	1. Aspirin at discharge 2. ACE inhibitor at discharge 3. Beta blocker at discharge 4. Statin treatment after a cardiac event 5. Timing of thrombolytics (Acute coronary syndromes) 6. Timing of emergency PTCA (Acute coronary syndromes) 7. Aspirin at admission to hospital (Acute coronary syndromes) 8. Same-day CABG surgery rate after PTCA 9. Receiving ACE inhibitor on discharge 10. Rate of beta-blocker prescription at hospital discharge Congestive heart failure (CHF) 11. CABG in hospital mortality rate	1. one year mortality (Acute coronary syndromes)

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
OECD (ต่อ)			12. One year mortality following CABG 13. CABG re-operations within six months of discharge 14. PTCA in-hospital mortality 15. Repeat PTCA within 30 days of discharge 16. In-hospital mortality rate	
QOF, 2012/13 ³⁰ (2014/15) ⁴⁴	1. In those patients with a new diagnosis of hypertension (excluding those with pre-existing CHD, diabetes, stroke and/or TIA) recorded between the preceding 1 April to 31 March: the percentage of patients aged 30 to 74 years who have had a face to face cardiovascular risk assessment at the outset of diagnosis (within 3 months of the initial diagnosis) using an agreed risk assessment tool	1. The practice can produce a register of patients with coronary heart disease (The contractor establishes and maintains a register of patients with coronary heart disease, 2014/15) 2. The practice can produce a register of patients with heart failure (The contractor establishes and maintains a register of patients with coronary heart failure, 2014/15)	1. The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the preceding 15 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the preceding 12 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken ,2014/15) 2. The percentage of patients with coronary heart disease who are currently treated with a beta-blocker	1. The percentage of patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 15 months) is 150/90 or less (The percentage of patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the preceding 12 months) is 150/90 or less, 2014/15)

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
QOF, 2012/13 (2014/15) (ต่อ)	2. The percentage of patients diagnosed with hypertension (diagnosed after 1 April 2009) who are given lifestyle advice in the preceding 15 months for: increasing physical activity, smoking cessation, safe alcohol consumption and healthy diet	3. The percentage of patients with a diagnosis of heart failure (diagnosed after the 1 st April 2006) which has been confirmed by an echocardiogram or by specialist assessment (The percentage of patients with a diagnosis of heart failure (diagnosed on or after the 1 st April 2006) which has been confirmed by an echocardiogram or by specialist assessment 3 months before or 12 months after entering on to the register, 2014/15)	3. The percentage of patients with coronary heart disease who have had influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March (The percentage of patients with coronary heart disease who have had influenza immunisation in the preceding 1 August to 31 March, 2014/15) 4. The percentage of patients with a history of myocardial infarction (from 1 April 2011) currently treated with an ACE inhibitor (or ARB if ACE intolerant), aspirin or an alternative anti-platelet therapy, beta-blocker and Statin (The percentage of patients with a history of myocardial infarction (from 1 April 2011) currently treated with an ACE-I (or ARB if ACE-I intolerant), aspirin or an alternative anti-platelet therapy, beta-blocker and Statin, 2014/15)	2. The percentage of patients with coronary heart disease whose last measured total cholesterol (measured in the preceding 15 months) is 5 mmol/l or less

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
QOF, 2012/13 (2014/15) (ต่อ)			5. The percentage of patients with a current diagnosis of heart failure due to Left Ventricular Dysfunction (LVD) who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB), who can tolerate therapy and for whom there is no contraindication. (In those patients with a current diagnosis of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction, the percentage of patients who are currently treated with an ACE-I or ARB, 2014/15) 6. The percentage of patients with a current diagnosis of heart failure due to LVD who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker, who are additionally treated with a beta-blocker licensed for heart failure, or recorded as intolerant to or having a contraindication to beta-blockers (In those patients with a current diagnosis	

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Review paper/ Organization	Process			Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment	
QOF, 2012/13 (2014/15) (ต่อ)			of heart failure due to left ventricular systolic dysfunction, who are currently treated, the percentage of patients who are additionally currently treated with a beta-blocker licensed for heart failure, 2014/15)	
NHS ²⁹	1. The percentage of patients with hypertension in whom there is a record of the blood pressure in the previous 9 months 2. The percentage of patients with hypertension in whom the last blood pressure (measured in the previous 9 months) is 150/90 or less	1. The practice can produce a register of patients with heart failure 2. Percentage of acute coronary syndrome patients who are seen by a cardiologist during admission. 3. The percentage of patients with a diagnosis of heart failure (diagnosed after 1 April 2006) which has been confirmed by an echocardiogram or by specialist assessment	1. Percentage of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) patients who received primary angioplasty within 120 minutes of call (call to balloon time) 2. Percentage of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) patients who received thrombolytic treatment within 60 minutes of call (call to needle time) PLUS percentage of STEMI patients who received primary angioplasty within 120 minutes of call (call to balloon time) 3. Percentage of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) patients who received thrombolytic treatment within 60 minutes of call (call to needle time)	1. Participation Rates in the National Heart Failure Audit 2. Participation rates in the Cardiac Rehabilitation Audit 3. The percentage of patients with coronary heart disease in whom the last blood pressure reading (measured in the previous 15 months) is 150/90 or less 4. The percentage of patients with coronary heart disease whose notes have a record of total cholesterol in the previous 15 months

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Review paper/ Organization	Process			
	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
NHS (ต่อ)	3. In those patients with a new diagnosis of hypertension (excluding those with pre-existing CHD, diabetes, stroke and/or TIA) recorded between the preceding 1 April to 31 March: the percentage of patients aged 30 to 74 years who have had a face to face cardiovascular risk assessment at the outset of diagnosis (within 3 months of the initial diagnosis) using an agreed risk assessment tool 4. The percentage of people with hypertension diagnosed after 1 April 2009 who are given lifestyle advice in the last 15 months for: increasing physical activity, smoking cessation, safe alcohol consumption and healthy diet		4. The percentage of patients with coronary heart disease with a record in the previous 15 months that aspirin, an alternative anti-platelet therapy, or an anti-coagulant is being taken (unless a contraindication or side-effects are recorded) 5. The percentage of patients with coronary heart disease who are currently treated with a beta blocker (unless a contraindication or side-effects are recorded) 6. The percentage of patients with a history of myocardial infarction (diagnosed after 1 April 2003) who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin II antagonist 7. The percentage of patients with coronary heart disease who have a record of influenza immunisation in the preceding 1 September to 31 March	5. The percentage of patients with coronary heart disease whose last measured total cholesterol (measured in the previous 15 months) is 5mmol/l or less

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Review paper/ Organization	Process			Continuum Care/ Follow up
	Screening	Diagnosis	Treatment	
NHS (ต่อ)			8. The percentage of patients with a current diagnosis of heart failure due to LVD who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker, who can tolerate therapy and for whom there is no contraindication 9. 30 day mortality after first time CABG (Future Indicator) 10. 30 day mortality after first time aortic valve replacement 11. 30 day mortality following congenital heart disease surgery (Future Indicator) 12. Percentage of patients following myocardial infarction discharged on aspirin 13. Percentage of patients following myocardial infarction discharged on beta-blockers 14. Percentage of patients following myocardial infarction discharged on statins 15. Percentage of patients following myocardial infarction discharged on ACE inhibitors 16. Percentage of patients following myocardial infarction discharged on theinopyridine (clopidogrel)	

5. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

Process				
Review paper/ Organization	Screening	Diagnosis	Treatment	Continuum Care/ Follow up
NHS (ต่อ)			17. The percentage of patients with a current diagnosis of heart failure due to LVD who are currently treated with an ACE inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker (ARB), who are additionally treated with a beta-blocker licensed for heart failure, or recorded as intolerant to or having a contraindication to beta-blockers 18. The percentage of patients with a history of myocardial infarction (from 1 April 2011) currently treated with an ACE inhibitor (or ARB if ACE intolerant), aspirin or an alternative anti-platelet therapy, beta blocker and statin (unless a contraindication or side effects are recorded)	
NQF (National Quality Forum) ⁴⁵	-	-	-	1. Acute Myocardial Infarction (AMI) Mortality Rate 2. Congestive Heart Failure (CHF) Mortality Rate



สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and recommendation)

บทที่ 4



จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ (Quality of Medical Care) ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำให้ได้กรอบแนวคิดหลักในการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการศึกษานำร่องของประเทศ โดยเนื้อหาที่จะนำเสนอในบทนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ สรุปการทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาขอบเขตของการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ทำให้ได้กรอบแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1. โครงสร้าง (Structure) แสดงถึงการบริหารจัดการในการให้บริการสุขภาพโดยคำนึงถึงโครงสร้าง สิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์/เครื่องมือ บุคลากร การบริหาร ระเบียบวิธีปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อม
2. กระบวนการ (Process) แสดงถึงการให้บริการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับได้ ซึ่งจะพิจารณาจากกระบวนการดูแลรักษา ได้แก่ การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม
3. ผลลัพธ์ (Outcome) แสดงถึงผลของการให้บริการทางการแพทย์

ทั้งนี้ สิ่งสำคัญในการบ่งชี้คุณภาพการดูแลรักษาที่ดีและสามารถเชื่อมโยงถึงการจัดการด้านโครงสร้างและกระบวนการในการดูแลรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ คือ ผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินเพื่อสะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่มีความชัดเจน จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการสำรวจการประเมินผลลัพธ์คุณภาพการดูแลรักษา พิจารณาจาก 2 ขอบเขตที่สำคัญ คือ

1. คุณภาพทางคลินิก (Clinical quality) คือผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงการดูแลรักษาทางคลินิก โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการทางคลินิกตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการการคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม ซึ่งคุณภาพทางคลินิกประกอบด้วย 6 มิติ ได้แก่ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความเป็นธรรม และความทันกาล



2. ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient experience) จะสะท้อนถึงคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ ในมุมมองของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ การสื่อสาร การให้ข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

จากการศึกษารูปแบบและวิธีการสำรวจข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์พบว่า มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ระดับ คือ ระดับโรงพยาบาล (Hospital-based) โดยใช้แหล่งข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical records) และระดับประชากร (Population-based) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสัมภาษณ์/สัมภาษณ์กลุ่มย่อย (Interview/Focus group) และแบบสังเกต (Observation) การศึกษาค้นคว้านี้จะทำการสำรวจข้อมูลทั้ง 2 ระดับ ซึ่งจะสะท้อนผลลัพธ์คุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้อย่างครอบคลุม ทั้งในมุมมองของผู้ให้และผู้รับบริการ

จากการพิจารณา Service plan ของกระทรวงสาธารณสุขที่กรมการแพทย์ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ซึ่งมีข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ (Evidence-based) ที่กล่าวถึงสถานการณ์และความสำคัญของโรค ข้อมูลระบาดวิทยา (Epidemiology) ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease) ข้อมูลตัวชี้วัด ข้อมูลด้านกระบวนการรักษา ทั้งการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม ซึ่งแสดงให้เห็นปัญหาในภาพรวมของโรคนั้นๆ โดยโรคที่จะเลือกในการสำรวจเพื่อเป็นกรณีศึกษานำร่อง ได้แก่ 1) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง 2) สาขาโรคมะเร็ง และ 3) สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ โรคดังกล่าวเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการโรคดังกล่าวและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป

จากการทบทวนตัวชี้วัด (Indicators) ภายใต้กรอบกระบวนการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์ ทั้ง 4 กระบวนการ (การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลอย่างต่อเนื่อง/การติดตาม) ตามสาขาโรคใน Service Plan ดังกล่าวไว้ข้างต้น พบว่า แต่ละหน่วยงาน/ประเทศ มีการใช้ตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา การนิยามตัวชี้วัด การนำผลไปใช้ประโยชน์ รวมถึงระบบการดูแลทางการแพทย์ของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ตัวชี้วัดแต่ละรายโรคยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการรักษา อย่างไรก็ตามสามารถนำข้อมูลตัวชี้วัดมาปรับใช้เพื่อสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้

ในการทบทวนวรรณกรรมด้านคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศทำให้สามารถกำหนดขอบเขตและกรอบแนวคิดในการดำเนินการสำรวจคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามรูปแบบขั้นตอนที่เหมาะสม ครอบคลุม และตรงตามวัตถุประสงค์ในการสำรวจ ซึ่งผลการสำรวจจะสามารถนำไปกำหนดแนวทางปรับปรุงและพัฒนาระบบการดูแลทางการแพทย์ของประเทศต่อไป



ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ของประเทศดังนี้

1. ควรมีการกำหนดโครงสร้างระบบดูแลทางการแพทย์ในภาพรวมของประเทศที่ชัดเจนและเป็นระบบ เพื่อให้การบริหารจัดการครอบคลุมทุกองค์ประกอบตามโครงสร้าง ทั้งการกำกับ ควบคุม ดูแล ปรับปรุงและพัฒนา รวมทั้งการกำหนดหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อรับผิดชอบตามหน้าที่ภายใต้โครงสร้าง ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลทางการแพทย์เป็นไปอย่างมีแบบแผนและมีคุณภาพ นอกจากนี้รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการร่วมมือกันในการกำหนดนโยบายด้านการดูแลรักษาสุขภาพระดับประเทศให้มีความชัดเจนตามโครงสร้างอีกด้วย
2. เนื่องจากข้อมูลการดูแลทางการแพทย์ของประเทศมีจำกัด กระจุกกระจาย และยังไม่เป็นระบบ ควรมีการกำหนดให้มีการทำฐานข้อมูลด้านการดูแลทางการแพทย์โดยอาจพัฒนาโปรแกรมมาตรฐานที่เป็นรูปแบบเดียวกันในการรวบรวม ทั้งข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลเฉพาะ เพื่อให้มีข้อมูลในการประเมินคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ได้อย่างครบถ้วน เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ อีกทั้งช่วยให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยที่ซ้ำซ้อน ลดความผิดพลาดของข้อมูลผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพของการรักษาได้
3. การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลทางการแพทย์ในภาพรวมของประเทศยังไม่สามารถเปรียบเทียบตามตัวชี้วัดได้ เนื่องจากยังไม่มีระบบตัวชี้วัดที่เป็นระบบเดียวกัน ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาของประเทศควรมีการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัดให้เป็นระบบเดียวกันและครอบคลุมทุกรายโรค ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีความเชี่ยวชาญในการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัด โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยเฉพาะกรมการแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในด้านการดูแลรักษาทางการแพทย์ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดตัวชี้วัดด้านมาตรฐานให้ครอบคลุมทั้งการบริการและกระบวนการรักษา
4. การศึกษาวิจัยด้านคุณภาพการดูแลทางการแพทย์ในระดับประชากรยังมีจำกัด จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยดังกล่าวให้มากขึ้น โดยภาครัฐควรสนับสนุนงบประมาณในการทำงานวิจัยให้หน่วยงานของรัฐ เอกชน รวมทั้งสถาบันการศึกษาต่างๆ เพื่อสะท้อนคุณภาพการดูแลทางการแพทย์จากข้อมูลระดับประชากรโดยตรง นอกจากนี้ควรมีการศึกษารูปแบบบูรณาการข้อมูลระดับประชากรและระดับโรงพยาบาลร่วมกัน เพื่อให้เห็นคุณภาพการดูแลรักษาทางการแพทย์ได้อย่างครอบคลุม ทั้งในมุมมองของผู้ให้และผู้รับบริการทางการแพทย์
5. หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ เช่น กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรค สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และอื่น ๆ ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการทำงานแบบภาคีเครือข่าย ให้มีการติดต่อสื่อสารและการทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อปรึกษาหารือและจัดทำแนวทางในการแก้ปัญหาที่ชัดเจนให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และไม่ให้มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน รวมทั้งให้ประชาชน/ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาอีกด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. Alessandrini E, Varadarajan K, Alpern ER, Gorelick MH, Shaw K, Ruddy RM, et al. Emergency Department Quality: An Analysis of Existing Pediatric Measures. *Acad Emerg Med* 2011; 18(5):519-26.
2. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003;15(6):523-30.
3. Goodwin N, Dixon A, Poole T, Raleigh V. Improving the quality of care in general practice [Internet]. 2011 [cite 2014 Oct 20]. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011_0.pdf.
4. Munoz JA. What is the Quality of Care in a Developing Country? Measuring Physician Practice and Health Outcomes [Internet]. 2002 [cite 2014 Oct 20]. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/rgs_dissertations/2005/RGSD163.pdf
5. Peabody JW, Taguiwalo MM, Robalino DA, Frenk J. Chapter 70 Improving the Quality of Care in Developing Countries. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): World Bank; 2006. p.1293-307.
6. Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed?. *JAMA* 1988; 260(12): 1743-8.
7. Public Health England. NHS population screening explained [Internet]. 2013 [Cited 2014 Nov 20]. Available from: <https://www.gov.uk/nhs-population-screening-explained>
8. Rakel RE. *Diagnosis Medicine* [Internet]. [Cited 2014 Nov 20]. Available from: <http://global.britannica.com/topic/diagnosis>
9. New Hampshire Center for Excellence (NHCE). What is treatment? [Internet]. [Cited 2014 Nov 20]. Available from: <http://www.nhcenterforexcellence.org/what-is-treatment>
10. Celiac Disease Foundation. Treatment and Follow up [Internet]. [Cited 2014 Nov 20]. Available from: <http://celiac.org/celiac-disease/treating-celiac-disease/>
11. Llanwarne NR, Abel GA, Elliott MN, Lyratzopoulos G, Campbell JL, Roland M. Relationship between clinical quality and patient experience: analysis of data from the English quality and outcomes framework and the national GP patient survey. *Ann Fam Med* 2013; 11(5): 467-72.



12. Edward K, Jeremy H. Health care quality indicators project: conceptual framework paper. OECD Health Working Papers 2006;23:1-36. doi:10.1787/440134737301.
13. K Davis, Schoen C, Schoenbaum SC, Audet AJ, Doty MM, Holmgren AL, Kriss JL. Mirror, Mirror on the wall: an update on the quality of American health care through the patient's lens [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2006 [cite 2014 Oct 2]. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/apr/mirror--mirror-on-the-wall--an-update-on-the-quality-of-american-health-care-through-the-patients-le>
14. The Official U.S. Government Site for Medicare. The patient experience of care domain scores [Internet]. [cited 2014 Oct 7]. Available from: <https://www.medicare.gov/HospitalCompare/Data/Patient-Experience-Scores.html>
15. Slonim AD, Pollack MM. Integrating the Institute of Medicine's six quality aims into pediatric critical care: Relevance and applications. *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6(3):264-9.
16. Institute of Medicine. Institute of Medicine shaping the future for health [Internet]. 2001 [cite 2014 Oct 2]. Available from: <file:///C:/Users/admin/Downloads/reportbrief.pdf>.
17. National Cancer Quality Steering Group. Cancer Patient Experience Quality Performance Indicators [Internet]. Healthcare Improvement Scotland; 2013 [cite 2014 Sep 13]. Available from: [file:///C:/Users/admin/Downloads/Patient%20Experience%20QPI%20v1.0%2019%20December%202013%20FINAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/Patient%20Experience%20QPI%20v1.0%2019%20December%202013%20FINAL%20(1).pdf)
18. Makover HB. The Quality of Medical Care: Methodology of Survey of the Medical Groups Associated with the Health Insurance Plan of New York. *Am J Public Health Nations Health* 1951; 41(7):824-32.
19. Bureau of Health Information [Internet]. Adult Admitted Patient Survey. 2014 [cited 2014 Oct 9]. Available from: http://www.bhi.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/188094/AAPS_Survey_2013.pdf
20. Das J, Hammer J, Leonard K. The Quality of Medical Advice in Low-Income Countries. *J Econ Perspect* 2008; (22):93-114.
21. ชูชนะ มะกรสาร, บรรณาธิการ. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๗) First Edition. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2557.



22. Asch S. Chapter 9 Diabetes Mellitus. In: McGlynn EA, Kerr EA, Damberg CL, Asch SM., editors. Quality of Care for Women: A Review of Selected Clinical Conditions and Quality Indicators. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2000: p.125-138.
23. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคไม่ติดต่อ). แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (DM, HT, COPD, STROKE). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
24. Greenfield S, Nicolucci A, Mattke S. Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries [Internet]. [cited 2014 Nov 12]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/33865546.pdf>
25. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.). เอกสารประกอบโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) THIP I & THIP II Version 01/2558 ประจำปีงบประมาณ 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 28 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://hospital.moph.go.th/takuapah/download/Template%20KPI_THIP.pdf
26. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2013. Diabetes Care 2013; 36 (suppl 1): S11-66.
27. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. Diabetes Care 2014; 37 (suppl 1): S14-80.
28. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015. Diabetes Care 2015; 38 (suppl 1): S5-85.
29. The Information Centre for health and social care. Indicators for Quality Improvement Full indicator list [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 15]. Available from: <http://www.ic.nhs.uk>.
30. Prescribing and Primary Care, Health and Social Care Information Center. Quality and outcomes Framework Achievement, Prevalence and exceptions data, 2012/13 [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 15]. Available from: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12262/qual-outc-fram-tech-anne-2012-13-anx.pdf>
31. Law A, Asch SM, Wallace P, Connor H, Hicks J, McGlynn EA. Quality Indicators for Hypertension [Internet]. 1999 [cited 2014 Oct 15]. Available from: <http://www.rand.org/pubs/drafts/DRU2104>.



32. สมชาย โทณะบุตร, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, ธเนศ เตมิกลิ้นจันทร์, ลินดา เหล่ารัตนใส, จิตภา ตรีเจริญวงศ์. โรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ชูชนะ มะกรสาร, บรรณาธิการ. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; 2557. หน้า 4-1 – 4-30.
33. Wiedmann S, Norrving B, Nowe T, Abilleira S, Asplund K, Dennis M, et al. Variations in quality indicators of acute stroke care in 6 European countries: the European Implementation Score (EIS) Collaboration. AHA Journal 2012; 43:458-63.
34. Leatherman S, Sutherland K, Airolidi M. Bridging the quality gap - Stroke [Internet]. London: The Health Foundation; 2008 [Cited 2014 Aug 11]. Available from: http://www.health.org.uk/publications/research_reports/quality_gap
35. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคมะเร็ง). แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
36. สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือตัวชี้วัดเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพบริการ (Quality Surveillance Indicator) [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: 2551: 203.157.184.6/Newaumpher/fileupload/586indicator%20P4P.doc
37. Australian Institute of Health and Welfare. OECD Health Care Quality Indicators for Australia 2011–12 [Internet]. Canberra: AIHW; 2014 [cited 2014 Oct 28]. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129547040>
38. Healthcare Improvement Scotland. Cancer Quality Performance Indicators (QPIs) [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 24]. Available from: http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/cancer_care_improvement/cancer_qpis/quality_performance_indicators.aspx
39. Cancer Quality Council in Ontario [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 20]. Available from: http://www.csqi.on.ca/all_indicators/
40. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (โรคหัวใจ). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหัวใจ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
41. เกรียงไกร เสงี่ยม, วิรัช เคหสุขเจริญ, เอนก กนกศิลป์, ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, จรินทร์ อัครหาญฤทธิ์, พรวลี ปรปักษ์ขาม, และคนอื่นๆ. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease). ใน: ชูชนะ มะกรสาร, บรรณาธิการ. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย ๒๕๕๔-๒๕๕๗) First Edition. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์; 2557. หน้า 10-19.



42. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557. 2556; หน้า 34-37.
43. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Technical Papers no.14: Selecting indicators for the quality of Cardiac care at the health system level in OECD countries [Internet]. 2004 [cited 2014 Sep 22]. Available from: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/HTP\(2004\)14&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)14&docLanguage=En)
44. The NHS Confederation (Employers). 2014/15 General Medical Services (GMS) Contract Quality and Outcomes Framework (QOF) : Guidance for GMS Contract 2014/15 [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 14]. Available from: http://www.hscic.gov.uk/media/14019/QOF-Guidance-GMS-Contract-2014-15/pdf/QOF_guidance_GMS_contract_2014_15.pdf
45. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Quality Indicator: National Quality Forum (NQF) Endorsed Composite and Individual Measures. 2011; 1-3.

ກາລຟນວັກ



สารบัญภาคผนวก



เรื่อง

ชุดที่ - หน้า

European Union: EU	1-3
Institute of Medicine: IOM	2-3
Organization for Economic Co-operation and Development: OECD	3-5
Research and Development Corporation: RAND	4-4
World Health Organization: WHO	5-3
ระบบบริการสุขภาพของประเทศฝรั่งเศส	6-3
ระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา	7-3
ระบบบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์	8-3
ระบบบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย	9-3
ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	10-4
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)	11-9



สหภาพยุโรป (European Union: EU)

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่

สหภาพยุโรป เกิดจากการรวมตัวกันของประเทศต่างๆ ในทวีปยุโรป โดยมีเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้เกิดการบูรณาการนโยบายทางเศรษฐกิจและการเมือง¹ ซึ่งมีสถาบันที่สำคัญของสหภาพยุโรป² ดังนี้

1. คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป (Council of the European Union) เป็นองค์กรตัดสินใจหลักของสหภาพยุโรป มีหน้าที่พิจารณาร่างกฎหมาย/กฎระเบียบของสหภาพยุโรป และอนุมัติงบประมาณ (ร่วมกับรัฐสภายุโรป) และประสานนโยบายด้านต่างๆ ระหว่างประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

2. รัฐสภายุโรป (European Parliament) มีหน้าที่พิจารณาและรับรองกฎหมาย/กฎระเบียบ รวมทั้งอนุมัติงบประมาณของสหภาพยุโรปร่วมกับคณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป ตลอดจนให้ความเห็นชอบข้อตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญ และตรวจสอบการทำงานของสถาบันต่างๆ ในสหภาพยุโรปตามหลักประชาธิปไตย

3. คณะกรรมาธิการยุโรป (European Commission) เป็นองค์กรที่ริเริ่มร่างกฎหมายและเสนอให้คณะมนตรีแห่งสหภาพยุโรป และรัฐสภายุโรป (ในกรณีส่วนใหญ่) พิจารณาให้ความเห็นชอบ และนำกฎหมาย/กฎระเบียบการจัดสรรงบประมาณ และนโยบายของสหภาพยุโรปไปปฏิบัติ

สหภาพยุโรป ได้มีการสนับสนุนเงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาทางด้านต่างๆ ในสองรูปแบบ³ คือ ให้แบบทวิภาคีโดยประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปแต่ละประเทศ และให้ผ่านทางคณะกรรมาธิการยุโรป ซึ่งเป็นหน่วยงานฝ่ายบริหารของสหภาพยุโรป แม้ว่าสหภาพยุโรปจะก่อตั้งขึ้นโดยเน้นเรื่องการค้าและเศรษฐกิจเป็นสำคัญ ในความเป็นจริงสหภาพยุโรปได้ให้ความร่วมมือในด้านอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งปัจจุบันความร่วมมือจะเน้นไปที่การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเทคโนโลยี สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ และให้การสนับสนุนทางสังคมและผู้พลัดถิ่น

การดำเนินงานด้านสุขภาพ

ความท้าทายในการดำเนินการด้านสุขภาพระดับโลกของสหภาพยุโรป มีประเด็นสำคัญ คือ การกำกับดูแลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเชื่อมโยงกันของนโยบายสหภาพยุโรป การวิจัยและความรู้ สหภาพยุโรปมีการส่งเสริมสนับสนุนการกำหนดมาตรฐานและแบบแผนด้านคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อการควบคุมกำกับการทำงานร่วมกันของประเทศสมาชิก นำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง

อีกทั้งยังได้มีการสนับสนุนองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นผู้นำในด้านสุขภาพระดับโลกโดยความร่วมมือระหว่างคณะกรรมาธิการยุโรปและ WHO ซึ่งมีการทำงานร่วมกันในประเด็นต่างๆ⁴ ดังนี้

- การรักษาความปลอดภัยต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม การเฝ้าระวัง และการตอบสนองต่อภัยคุกคาม
- การวิจัยและนวัตกรรม



- โรคไม่ติดต่อและความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ
- การทำงานร่วมกันในประเทศและการทำงานด้านระบบสุขภาพ
- ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

นอกจากนี้สหภาพยุโรปยังให้ความร่วมมือในด้านสุขภาพกับองค์กรต่าง ๆ เช่น NGOs ตัวแทนอุตสาหกรรม ฯลฯ และมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลและหารือเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายการดำเนินงาน ซึ่งถือว่าเป็นการเพิ่มความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติ

ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพ (Health Care Quality Indicators)

คณะกรรมการยุโรป (European commission) ได้คำนึงผลสำเร็จของ OECD's Health Care Quality Indicators Project (HCQI) จึงได้มีการสนับสนุนงบประมาณในโครงการของ OECD ซึ่งโครงการ HCQI เป็นการดำเนินงานที่สำคัญในส่วนของตัวชี้วัดสุขภาพและระบบสุขภาพของสหภาพยุโรป ประกอบด้วย 5 ส่วนสำคัญ คือ cardiac care, diabetes, mental health, primary care/prevention and health promotion และ patient safety ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ในสหภาพยุโรปยังมีหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพ เช่น European Public Health Alliance (EPHA)⁵ เป็นเครือข่ายของ NGOs และองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร โดยมีการทำงานด้านสาธารณสุขในสหภาพยุโรป ซึ่ง EPHA เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและกลไกงบประมาณกับสหภาพยุโรป โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจให้กับผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันข้อมูล EPHA ที่นำเสนอให้กับสหภาพยุโรป เช่น กำลังคนด้านสุขภาพ อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ การบริการด้านสุขภาพ และโรคติดต่อ เป็นต้น และในปี 2013 EPHA ยังได้เข้าร่วมในการปรึกษาหารือแนวทางความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลสุขภาพในสหภาพยุโรป โดยการให้ข้อเสนอผ่านทางจดหมายและแบบสอบถามออนไลน์

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กำลังคนด้านสุขภาพเมื่ออาเซียนไร้พรมแดน: บทเรียนจากสหภาพยุโรป [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/338/chapter2.pdf>



2. The Mission of Thailand to the EU. The chanceries of the Royal Thai Embassy / the Mission of Thailand to the EU [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www2.thaiembassy.be/about-embassy/history/#sthash.7ltRhZCD.dpuf>
3. Delegation of the European Union to Thailand. Overview [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 1]. Available from: http://eeas.europa.eu/delegations/thailand/projects/overview/index_en.htm
4. European Commission. EU in the world: Global health [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 1]. Available from: http://ec.europa.eu/health/eu_world/global_health/index_en.htm
5. European Public Health Alliance. Quality health systems and services [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.ephpa.org/r/265>
6. European Public Health Alliance. Public consultation on patient safety and quality of care [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.ephpa.org/spip.php?article5997>



สถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine: IOM)

โครงสร้างและบทบาท

สถาบันการแพทย์เป็นองค์กรอิสระที่ไม่แสวงหาผลกำไร¹ ทำงานภายนอกหน่วยงานรัฐบาลที่ให้คำแนะนำด้านสุขภาพที่เป็นกลางและมีข้อมูลที่เชื่อถือได้ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1970 เป็นสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์แห่งชาติสาขาสุขภาพ ภายใต้กฎบัตรรัฐธรรมนูญของประธานาธิบดีอับราฮัม ลินคอล์น (Abraham Lincoln) ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1863 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์แห่งชาติได้ขยายตัวและเป็นที่รู้จักกันในฐานะสถาบันการศึกษาแห่งชาติซึ่งประกอบด้วย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (National Academy of Sciences) สถาบันวิศวกรรมแห่งชาติ (National Academy of Engineering) สภาวิจัยแห่งชาติ (National Research Council) และสถาบันการแพทย์ (Institute of Medicine)

สถาบันทางการแพทย์¹ มีหน้าที่ในการศึกษาปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ด้านสุขภาพ และเป็นองค์กรที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถเชื่อถือได้ เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าด้านสุขภาพในระดับชาติในแต่ละปีที่ผ่านการทำงานของสถาบันการแพทย์ได้รวบรวมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ เพื่อให้คำแนะนำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีหน่วยงานที่เป็นสมาชิกและไม่ใช่มหาชิก รวมทั้งอาสาสมัครมากกว่า 2,000 หน่วยงาน ในปี ค.ศ. 1989 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์แห่งชาติ² ได้จัดให้มีการประชุมประจำปี เพื่อให้ให้นักวิทยาศาสตร์ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูล และข้อจำกัดของงานวิจัยในปัจจุบันทางด้านวิทยาศาสตร์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดงานวิจัยใหม่ ๆ ตลอดจนเพิ่มมุมมองด้านวิทยาศาสตร์ในแขนงอื่นอีกด้วย

การดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการของการดูแลสุขภาพ สถาบันทางการแพทย์เริ่มทำการศึกษาจาก “To Err Is Human (1999)” ซึ่งมุ่งเน้นไปที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย³ ต่อมาปี ค.ศ. 1998 สถาบันทางการแพทย์ได้รวบรวมรายงาน (reports) และเอกสารการประชุมต่างๆ⁴ ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality and Patient Safety) จากสถาบันหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในรูปแบบของไฟล์เอกสาร Portable Document Format (PDF) ซึ่ง ประกอบด้วย 15 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. Health Services, Coverage, and Access
2. Biomedical and Health Research
3. Health Care Workforce
4. Public Health
5. Diseases



6. Select Populations and Health Disparities
7. Aging
8. Substance Abuse and Mental Health
9. Children, Youth and Families
10. Environmental Health
11. Women's Health
12. Veterans Health
13. Food and Nutrition
14. Global Health
15. Education

กระบวนการการศึกษาของสถาบันการแพทย์ ในการจัดทำรายงานเพื่อให้รายงานการวิจัยมีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ สถาบันการแพทย์แห่งชาติจึงมีกระบวนการในการเลือกหัวข้อเพื่อการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือ ผ่านกระบวนการดังต่อไปนี้⁵

- 1) การกำหนดขอบเขตการศึกษา (defining the study)
- 2) คณะกรรมการคัดเลือก และอนุมัติหัวข้อการศึกษา (committee Selection and approval)
- 3) ประชุมคณะกรรมการรวบรวมข้อมูล และปรึกษาหารือเพื่อร่างรายงาน (committee meetings, information gathering, deliberations, and drafting the report)
- 4) ทบทวนรายงานการวิจัย (report review)

กระบวนการดังกล่าวข้างต้นได้มีการศึกษาโดยการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์แห่งชาติ สถาบันวิศวกรรมแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ สภาวิจัยแห่งชาติ และผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผลการดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

กิจกรรม/ผลงานที่สะท้อนด้าน คุณภาพการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ ได้แก่⁶

- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century
- To Err is Human: Building A Safer Health System
- Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series
- Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series
- Patient Safety: Achieving a New Standard for Care



เอกสารอ้างอิง

1. Institute of Medicine (IOM). Health care quality indicators [Internet]. [cited 2014 Nov 23]. Available from: <http://www.iom.edu/About-IOM.aspx>
2. ดวงกลม เพิ่มพูนทวีทรัพย์. รายงานความร่วมมือด้านวิทยาศาสตร์และวิชาการระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งสหรัฐอเมริกา [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8Jcto_2Ak_QJ:ostc.thaiembdc.org/13th/wp-content/uploads/2014/11
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human Building a Safer Health System [Internet]. [cited 2014 Nov 23]. Available from: <http://www.csen.com/err.pdf>
4. Institute of Medicine (IOM). Health care quality indicators – Reports [Internet]. [cited 2014 Nov 23]. Available from: <http://www.iom.edu/Reports.aspx>
5. The National Academic. Our Study Process [Internet]. [cited 2014 Nov 23]. Available from: http://nationalacademies.org/xpedio/groups/nasite/documents/webpage/na_069618.pdf
6. Institute of Medicine (IOM). Reports IOM –quality and patient safety of care [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.iom.edu/Reports.aspx?Topic1={DE49DD61-623A-438F-932B-6921E7BE9F6A}&page=1&Series={4EC47331-CA08-4A25-80E6-D4CEB54A485C}>.



องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)

โครงสร้างและบทบาท

กลุ่มประเทศ OECD เป็นองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศซึ่งประกอบด้วยรัฐบาลของประเทศพัฒนาแล้ว (ส่วนใหญ่เป็นประเทศในทวีปยุโรป) ที่ลงนามในความร่วมมือตามสนธิสัญญา Convention on the Organization for Economic Co-operation and Development ประกอบด้วยสมาชิกรวม 30 ประเทศ โดยมีสำนักงานเลขานุการอยู่ที่เมืองปารีส ประเทศฝรั่งเศส ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล ติดตามแนวโน้ม วิเคราะห์และทำนุบำรุงการพัฒนาทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศสมาชิก นอกจากนี้ยังทำหน้าที่วิจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แบบแผนทางการค้า สิ่งแวดล้อม เกษตรกรรม เทคโนโลยี ภาษี และอื่น ๆ

การบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในขอบเขตของงาน OECD โดยมีแนวคิดที่จะดำเนินงานบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ มีความเสมอภาคในผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ควรจะเป็น สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ และได้รับความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับจำนวนเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ประชาชนสะดวกสบายและมีความพึงพอใจสูงสุด โดย OECD secretariat เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 แต่เริ่มจัดทำเป็นรายงานสถิติสุขภาพ (health statistics) ในช่วงกลางปี ค.ศ. 1980 โดยแหล่งที่มาของข้อมูลมาจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) แบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ (electronic questionnaire) 2) องค์การระดับนานาชาติอื่นๆ ได้แก่ WHO และ Eurostat 3) หน่วยงานภายใน OECD เช่น labour force, education, economic data และ 4) งานวิจัย จนกระทั่งปี ค.ศ. 1991 OECD ได้จัดทำและเผยแพร่รายงานสุขภาพประจำปี โดยบันทึกข้อมูลในแผ่นซีดีที่มีชื่อเรียกว่า “OECD health data” ซึ่งรวบรวมดัชนีชี้วัดสุขภาพจำนวนมากกว่า 1,000 ดัชนี แบ่งเป็น 10 ด้าน¹ ดังนี้

1. สถานะสุขภาพ (health status) เช่น ข้อมูลช่วงอายุ สาเหตุการตาย อัตราตายของแม่และทารก ช่วงอายุที่อาจสูญเสียก่อนวัยอันควรจากการเป็นโรคต่างๆ อัตราการเจ็บป่วย สุขภาพทารก ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด สุขภาพฟัน โรคติดต่อ มะเร็ง อุบัติเหตุ การขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย เป็นต้น
2. ทรัพยากรด้านการรักษาสุขภาพ (health care resources) เช่น ข้อมูลการจ้างงาน จำนวนเตียงผู้ป่วยใน อัตราส่วนระหว่างบุคลากรกับจำนวนเตียง เทคโนโลยีทางการแพทย์ การศึกษาด้านสุขภาพและสวัสดิการ เป็นต้น
3. การใช้ประโยชน์ด้านการรักษาสุขภาพ (health care utilization) เช่น การป้องกันโรคโดยการฉีดวัคซีน การให้คำปรึกษา การใช้ประโยชน์การบริการผู้ป่วยใน ระยะเวลาอน
4. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (expenditure on health) ทั้งของภาครัฐและเอกชน เช่น ค่าใช้จ่ายทั้งหมดระดับประเทศ การลงทุนในสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพบุคคล ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันและสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการบริหารและประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ดัชนีราคา เป็นต้น



5. การเงินด้านการรักษาสุขภาพ (health care financing) เป็นข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแบ่งตามแหล่งเงินทุน อาทิเช่น ภาครัฐ ประกันสังคม ภาคเอกชน
6. การป้องกันทางสังคม (social protection) เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสังคม การประกันสุขภาพ
7. ตลาดยา (pharmaceutical market) เช่น กิจกรรมด้านอุตสาหกรรมยา การบริโภทยา มูลค่าขายของยา เป็นต้น
8. ตัวกำหนดด้านสุขภาพที่ไม่ใช่ยา (non-medical determinants of health) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิถีชีวิตและพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร แอลกอฮอล์ บุหรี่ น้ำหนักตัว เป็นต้น รวมทั้งสิ่งแวดล้อม เช่น คุณภาพอากาศ
9. ข้อมูลอ้างอิงประชากร (demographic references) เช่น จำนวนประชากรแบ่งตามเพศ วัย การเกิด การตาย โครงสร้างประชากรตามอายุ กำลังแรงงาน การศึกษา เป็นต้น
10. ข้อมูลอ้างอิงด้านเศรษฐกิจ (economic references) เช่น เศรษฐกิจมหภาค อัตราแลกเปลี่ยนของเงิน และข้อมูลอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจต่อระบบสุขภาพ ช่วงชีวิต (life expectancy) ของคนที่มีสุขภาพดี เป็นต้น

การดำเนินงานด้าน Quality of Care or Medical care

การดำเนินงานด้านคุณภาพการดูแลรักษา (quality of care) OECD ได้ริเริ่มดำเนินโครงการ Health Care Quality Indicators ในปี ค.ศ. 2002 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ทำการพัฒนาชุดตัวชี้วัดคุณภาพในระดับระบบสุขภาพ ที่จะช่วยให้สามารถประเมินผลกระทบจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านสุขภาพ² โดยหนังสือ Health at Glance OECD Indicators จะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพทุกๆ 2 ปี สำหรับหัวข้อ Quality of Care สามารถแบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 6 หมวด ดังนี้

- 1) Care for chronic conditions
- 2) Acute care for chronic conditions
- 3) Care for mental disorders
- 4) Care for communicable diseases
- 5) Patient safety
- 6) Patient experience

ในแต่ละหมวดจะประกอบด้วยตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การให้วัคซีน การรักษา การให้บริการสำหรับผู้ป่วยใน ความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมไปถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดจะเป็นข้อมูลสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของการให้บริการด้านสุขภาพ และเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการบริการด้านสุขภาพต่อไป

ผลการดำเนินงานด้าน Quality of Care or Medical care

จากการดำเนินงานด้านคุณภาพการดูแลรักษา (quality of care) OECD ได้นำข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่คุ้มค่ากับเงินที่เสียไป และเกิดความพึงพอใจสูงสุด โดยในปี ค.ศ. 2010 มีการดำเนินงาน quality of care และผลการดำเนินงาน แบ่งเป็น 8 ประเด็น² ดังนี้



1. Primary Care³

คุณภาพการดูแลรักษาระดับปฐมภูมิถูกจัดให้มีความสำคัญลำดับต้นๆ ของการดำเนินงานด้านคุณภาพในเกือบทุกประเทศที่เป็นสมาชิกกลุ่ม OECD โดยระบบสุขภาพส่วนใหญ่ได้มีการพัฒนาการดูแลในระดับปฐมภูมิ เช่น การจัดการข้อร้องเรียนต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย การจัดการเงื่อนไขข้อกำหนดต่าง ๆ ในระยะยาว รวมถึงการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยเมื่อจำเป็นต้องมีการส่งต่อ ซึ่งรัฐบาลในประเทศต่าง ๆ ได้ให้ความสำคัญกับคุณภาพการดูแลรักษาระดับปฐมภูมิ รวมทั้งมีการวางแผนทางในการวัดและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการซึ่งเป็นการบริการเบื้องต้นของโรงพยาบาล

2. Acute Care⁴

จากความก้าวหน้าในการวินิจฉัยและการรักษาได้นำไปสู่การปรับปรุงการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเฉียบพลันซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น การบาดเจ็บ และกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยโรงพยาบาลต่างๆ ในกลุ่มประเทศ OECD ได้มีการปรับปรุงเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การปรับปรุงมาตรการในการผ่าตัดรวมทั้งการนำวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ลดความพิการและความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. Mental Health Care⁵

การดูแลสุขภาพจิตเป็นนโยบายสำคัญในหลายประเทศที่เป็นสมาชิก OECD ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างเร่งด่วน รวมถึงการพัฒนาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนด้านสุขภาพจิต และสถานะด้านสุขภาพจิต เนื่องจากมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมีภาวะการสูญเสีย (burden) เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการสำรวจประเทศในกลุ่มสมาชิก OECD ที่เข้าร่วมโครงการ Health Care Quality Indicators (HCQI) พบว่า แต่ละประเทศมีระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพจิตต่อไป

4. Cancer Care⁶

จากการดำเนินงานด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้มีการสำรวจนโยบายในการดูแลของประเทศต่างๆ ที่เป็นสมาชิก OECD เพื่อนำมาใช้วางแผนในการลดภาวะการสูญเสีย (burden) ที่เกิดจากโรคมะเร็ง โดยพบว่า การดำเนินงานด้านคุณภาพนั้นแต่ละประเทศควรมีข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การวางแผนทางในการควบคุมโรคมะเร็ง ความเพียงพอของทรัพยากร ความรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัยโรคและการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งข้อมูลสำคัญคือประสบการณ์ของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถนำมาใช้ปรับปรุงและพัฒนาการบริการด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างต่อเนื่อง

5. Patient Safety⁷

ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังคงเป็นประเด็นสำคัญในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ เนื่องจากยังมีรายงานการเกิดข้อผิดพลาดในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย ข้อผิดพลาดระหว่างการรักษา รวมทั้งข้อผิดพลาดในระหว่างการผ่าตัดและการติดเชื้อหลังผ่าตัด เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของระบบการดูแลรักษา ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงและพัฒนาการบริการด้านสุขภาพให้มีมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด



6. Responsiveness and Patient Experiences⁸

มุมมองของผู้ป่วยในการเข้ารับบริการสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในระบบสุขภาพที่มุ่งมั่นจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความพึงพอใจสูงสุด ดังนั้น การวัดประสบการณ์การเข้ารับบริการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาตัวชี้วัดและปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพ จึงได้มีการสำรวจประสบการณ์การเข้ารับบริการของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างประเทศในกลุ่มสมาชิก OECD โดยศูนย์ความรู้นอร์เวย์ได้ทำการสำรวจประสบการณ์การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย รวมทั้งขอคำปรึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมข้อมูลสำหรับการจัดทำรายงานในระดับนานาชาติ เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต่อไป

7. Strengthening Health Information Infrastructure⁹

จากการดำเนินงานคุณภาพด้านการดูแลรักษา ประเทศที่เป็นสมาชิก OECD ได้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสุขภาพ โดยการนำสื่ออิเล็กทรอนิกส์เข้ามาใช้ในระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการบันทึกสถิติ และการวิจัย

8. Cardiovascular Disease and Diabetes¹⁰

กลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในประเทศสมาชิก OECD นอกจากนี้จากการที่ประชาชนมีผู้ป่วยโรคอ้วนมากขึ้น มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะ metabolic syndrome ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ และโรคเบาหวาน จากนโยบายในการดำเนินงานของระบบสุขภาพที่ดีกว่า (Policies for better health system performance) พบว่า การลดอัตราการตายของกลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจของประเทศสมาชิก OECD มีเปอร์เซ็นต์ที่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ดังนั้น OECD จึงมีโครงการในการสำรวจวิธีการดำเนินงานรวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานของประเทศสมาชิกในการลดอัตราการตายของผู้ป่วย ที่จะนำไปสู่นวัตกรรมนโยบายการดูแลสุขภาพเพื่อพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพด้านการดูแลรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. OECD. List of valuables in OECD Health data 2005, June 2005. [Internet]. [cited 2014 Nov 27]. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/34966760.pdf>
2. OECD. Health care quality indicators. [Internet]. [cited 2014 Nov 27]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
3. OECD. Health care quality indicators - Primary care. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm>
4. OECD. Health care quality indicators - Acute care. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-acute-care.htm>



5. OECD. Health care quality indicators - Mental Health care. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-mental-health-care.htm>
6. OECD. Health care quality indicators - Cancer care. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-cancer-care.htm>
7. OECD. Health care quality indicators - Patient Safety. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-patient-safety.htm>
8. OECD. Health care quality indicators - Responsiveness and Patient Experience. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-responsiveness-and-patient-experiences.htm>
9. OECD. Strengthening Health Information Infrastructure [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/strengthening-health-information-infrastructure.htm>
10. OECD. Health Care Quality Indicators - Cardiovascular Disease and Diabetes [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-cardiovascular-disease-and-diabetes.htm>



Research and Development Corporation (RAND)^(1, 2)

โครงสร้างและบทบาท

RAND ก่อตั้งขึ้นโดยผู้นำด้านกลาโหม ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี 1948 เป็นองค์กรอิสระด้านการวิจัยและพัฒนาเพื่อประกอบการตัดสินใจด้านนโยบายสาธารณะในเรื่องต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและมุ่งเน้นถึงคุณภาพชีวิตของมนุษย์ (Quality of Life) เป็นสำคัญ เช่น ด้านวิทยาศาสตร์ สิ่งแวดล้อม การปกครอง ความมั่นคง การทหาร เศรษฐกิจ สุขภาพ รวมถึงปัญหาเฉพาะเรื่องที่มีความสนใจและเป็นประเด็นที่ท้าทาย ซึ่งนับเป็นองค์กรศึกษาวิจัยที่มีความหลากหลายของผลงาน มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และมีการเผยแพร่ผลงานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา องค์กรภาคเอกชนและประชาชน ซึ่งงบประมาณกว่าร้อยละ 76 ถูกนำมาใช้ในการด้านการวิจัยและพัฒนา ทำให้มีโครงการการศึกษาใหม่ๆ เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี มีการจัดทำรายงานผลการศึกษา และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ในระดับสากลอย่างแพร่หลาย โดย RAND มีสำนักงานกระจายอยู่ทั่วโลก 8 แห่ง ได้แก่ Santa Monica (CA), Washington (DC), Pittsburgh (PA), New Orleans (LA), Boston (MA), Cambridge (UK), Brussels (BE) และ Canberra (AU)

RAND มีหน่วยงานย่อยที่รับผิดชอบดูแลด้านการวิจัยและพัฒนาเรื่องสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ คือ RAND Health การบริหารงานจะเป็นลักษณะการจัดตั้งคณะกรรมการ โดยมีประธานกรรมการและคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญจากสาขาต่างๆ เช่น Health Care Service, Statistics, Health Care Quality, Health Care Payment Policy เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีสถานศึกษาที่เป็น Graduate School เพื่อผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพตอบสนองและสนับสนุนการดำเนินงานของ RAND Health ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละประเด็น

การดำเนินงานตามแผนในระยะยาวของ RAND Health เกี่ยวกับสุขภาพนั้นจะครอบคลุมใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. Health Services Delivery Systems ประกอบด้วย

- the cost and quality of services
- patient access, experience, and outcomes
- the impact of new models of health care payment and delivery
- medical workforce trends
- the impact of technological innovation on service delivery and patient health

2. Population Health ประกอบด้วย

- social, environmental, and cultural influences on the health of populations
- health inequities and disparities among different populations
- community and population resilience
- relationships among environmental factors and individual health behaviors (e.g., eating habits, smoking) that influence the prevalence of chronic disease



3. Interest agenda ได้แก่

- Aging and Health
- Complementary and Alternative Medicine
- Diversity and Health
- End-of-Life Care
- Genetics and Health
- Global Health
- Health Care Reform
- Health Economics and Financing
- Health Information Technology
- HIV, STDs, and Sexual Behavior
- Maternal, Child, and Adolescent Health
- Mental Health
- Neighborhood Influences on Health
- Obesity and Health
- Public Health
- Public Health Systems and Preparedness
- Quality of Care
- Substance Use: Alcohol, Drugs, and Tobacco
- Violence and Health

การดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

RAND Health ได้ทำการวิจัยพัฒนา เพื่อศึกษาประเด็นต่างๆ ที่สะท้อนถึงคุณภาพการบริการครอบคลุมหัวข้อดังนี้

- the cost and quality of services
- patient access, experience, and outcomes
- the impact of new models of health care payment and delivery
- medical workforce trends
- the impact of technological innovation on service delivery and patient health



ในด้านคุณภาพการบริการทางสุขภาพ RAND Health ได้ทำการศึกษาและสำรวจหลายด้าน โดยได้มุ่งศึกษาผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่

Quality of Care

- Chronic illness care evaluation instruments
- Dialysis Patient Satisfaction Survey (DPSS)
- Patient Satisfaction Questionnaires (PSQ-III and PSQ-18)
- Patient satisfaction survey for the Unified Medical Group Association
- Visit-Specific Satisfaction Instrument (VSQ-9)

Quality of Life

- Epilepsy Surgery Inventory survey (ESI-55)
- Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL)
- Medical Outcomes Study (MOS)
 - Measures of Quality of Life (Core Survey)
 - Measures of Patient Adherence
 - Mental Health Inventory
 - Sexual Problems Measures
 - Sleep Scale
 - Social Support Survey
 - National Eye Institute Refractive Error Quality of Life Instrument (UCLA website, registration required)
 - Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL Measurement Model)
 - Quality of Life in Epilepsy Inventory
 - RAND Negative Impact of Asthma on Quality of Life Item Bank and Short Forms
 - Visual Function Questionnaire

ซึ่งในการเก็บข้อมูลต่างๆ นั้น RAND ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือ (Tool) เพื่อใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการด้านการดูแลสุขภาพ (Quality of Care) ได้แก่

- Assessing the appropriateness of medical treatments (RAND/UCLA Appropriateness Method)
- Chronic Care Model Toolkit and Coaching Manual



- A toolkit and coaching manual for helping safety net practices implement the Chronic Care Model
- Consumer health care assessment tools (CAHPS® Survey and Reporting Kit 2002)
- Nursing Homes Outcomes Initiative
- Peer review: Measuring the quality of nursing care and physician care
- Public reporting of health care quality information
- Quality of care assessment tools (QA Tools)
- Translating scientific evidence into tools to improve clinical care (Southern California Evidence-Based Practice Center)

ผลการดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

ตัวอย่างการศึกษาและเครื่องมือสำรวจที่เกี่ยวข้องและสะท้อนคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ

- The Cost Savings Potential of Biosimilar Drugs in the United States
- Cost of Informal Caregiving for U.S. Elderly Is \$522 Billion Annually
- Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy

เอกสารอ้างอิง

1. Research and Development Corporation (RAND) [Internet]. Santa Monica (CA) [cited 2014 Dec 17]. Available from: <http://www.rand.org/>
2. RAND Health, Research and Development Corporation (RAND) [Internet]. Santa Monica (CA) [cited 2014 Dec 17]. Available from: <http://www.rand.org/health.html>



องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO)

บทบาทหน้าที่และโครงสร้างองค์การ

องค์การอนามัยโลกเป็นองค์การนานาชาติในสังกัดสหประชาชาติ ก่อตั้งเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2491 โดยมีผู้อำนวยการใหญ่ (General Director) ทำหน้าที่เป็นผู้นำสูงสุด ขึ้นสู่ตำแหน่งโดยการเลือกตั้งและได้รับการรับรองจากสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) นอกจากนี้ยังมีผู้อำนวยการประจำสำนักงานใหญ่ส่วนภูมิภาค (Regional Director) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าประจำสำนักงานภาคพื้นทวีป และมีสำนักงานผู้อำนวยการใหญ่ (General Director's office) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับสำนักงานเลขานุการเข้ามาดูแลบริหารทั่วไป รวมถึงเรื่องข้อกฎหมายต่างๆ โดยขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการใหญ่ด้วย ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกประกอบด้วยประเทศสมาชิกทั้งสิ้น 194 ประเทศ (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2557)

องค์การอนามัยโลก มีภารกิจหลักในการเป็นผู้กำกับและประสานงานผู้มีอำนาจในเรื่องสุขภาพระหว่างประเทศ ในระบบของสหประชาชาติ เพื่อร่วมกันจัดการกับปัญหาสุขภาพระดับโลกและปรับปรุงของผู้นับถือที่ดี อีกทั้งยังเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ผลิตแนวทางและมาตรฐาน สุขภาพ ให้ความช่วยเหลือประเทศสมาชิกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน สนับสนุนส่งเสริมการวิจัยสุขภาพและเผยแพร่ความรู้ที่มีคุณภาพ เพื่อช่วยยกระดับมาตรฐานด้านสุขภาพอนามัยประชากรทุกแห่งในโลก ตลอดจนติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพและประเมินแนวโน้มปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขของนานาประเทศและสร้างกฎระเบียบด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางให้ชาติสมาชิกยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันด้วย

การดำเนินงานและผลงานด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพ

การดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก จะดำเนินงานภายใต้นโยบายสุขภาพและการปกครองของสมัชชาอนามัยโลกที่ประกอบด้วยผู้แทนของประเทศสมาชิก ซึ่งสมัชชาอนามัยโลกจะมีการประชุมเพื่อตัดสินใจกำหนดนโยบายในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับองค์การอนามัยโลก ตลอดจนออกกฎระเบียบด้านสาธารณสุขต่างๆ ร่วมกันของผู้แทนจากประเทศสมาชิกเป็นประจำทุกปี และมีคณะกรรมการบริหารพิจารณาตัดสินใจการดำเนินงานในระดับยุทธวิธี ซึ่งในการวางแผนกรอบกลยุทธ์ในการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกจะครอบคลุมระยะเวลาในการดำเนินงาน 6 ปี (ปัจจุบันครอบคลุมปี 2557-2562) และเพื่อเป็นการกระจายอำนาจการปฏิบัติงานขององค์การอนามัยโลกให้ทั่วถึงส่วนต่างๆ ทั่วโลก จึงมีการกำหนดพื้นที่การดำเนินงานออกเป็น 6 ภูมิภาค คือ

- ภูมิภาคอเมริกา (Region of the Americas)
- ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (Eastern Mediterranean Region)
- ภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia Region)



- ภูมิภาคแอฟริกา (African Region)
- ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific Region)
- ภูมิภาคยุโรป (European Region)

ด้วยหน้าที่รับผิดชอบขององค์การอนามัยโลกที่มีต่อสุขภาพของประชากรโลก ส่งผลให้องค์การอนามัยโลก สำนักงานย่อยที่จำแนกตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์เป็นกลไกสนับสนุนที่สำคัญต่อการนำนโยบายสุขภาพระดับนานาชาติ และกฎระเบียบด้านสาธารณสุขต่างๆ จากองค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ไปสู่การปฏิบัติให้เหมาะสม สอดคล้องกับ ความต้องการ สภาพปัญหา และบริบทของกลุ่มประเทศสมาชิกหรือภูมิภาคนั้นๆ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกสำนักงาน ใหญ่ และสำนักงานภูมิภาค ต่างมีฐานะเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำตัวชี้วัดสุขภาพ เพื่อ 1) ติดตามประเมินผลสำเร็จ ตามกรอบนโยบายสุขภาพที่กำหนดขึ้น 2) เพื่อเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของกลุ่มประเทศสมาชิก และ 3) เพื่อประเมิน ติดตามสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพ



ภาพที่ 5-1 WHO leadership priorities

กิจกรรมที่ดำเนินการโดยองค์การอนามัยโลก เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ทั้งเรื่องหลักประกันสุขภาพ กฎอนามัยระหว่างประเทศ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โรคไม่ติดต่อ และปัจจัยต่างๆ ดังภาพที่ 5-1 โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงมีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนด้านหลักๆ ดังนี้



1) การดำเนินงานด้านการบริหารจัดการคุณภาพการดูแล ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ ทั้งสิ่งอำนวยความสะดวก โปรแกรมการดูแล การบริหารจัดการการบริการในชุมชน ตลอดจนความเป็นมืออาชีพและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ เช่น การบริหารจัดการเรื่อง 1) ระบบประกันสุขภาพ 2) บรรทัดฐานและมาตรฐานคุณภาพความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยา 3) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ 4) ความปลอดภัยของผู้ป่วย 5) การจัดการของเสีย และ 6) การตรวจสอบและประเมินผลคุณภาพการดูแลเกี่ยวกับแนวทางการติดตามและประเมินสมรรถนะของโรงพยาบาล การติดตามคุณภาพการดูแลในการวางแผนครอบครัว การประเมินและการรับรองคุณภาพของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการติดตามคุณภาพการดูแลระดับปฐมภูมิ ตลอดจนโครงการวัดคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพ

2) จัดทำแนวทางและมาตรฐานคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในด้านต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพและปรับปรุงคุณภาพการดูแลให้ประเทศสมาชิกยึดถือเป็นแนวปฏิบัติร่วมกันตามความเหมาะสม ความต้องการ สภาพปัญหา และบริบทของกลุ่มประเทศสมาชิก เช่น การป้องกันความปลอดภัยของอาหาร คุณภาพของยาและวัคซีน ความปลอดภัยของผู้ป่วย การบริหารจัดการคุณภาพการดูแลด้านหลักประกันสุขภาพ แนวทางในการปรับปรุงคุณภาพ กระบวนการในการสร้างกลไกการปรับปรุงคุณภาพในระบบสุขภาพ การให้คำปรึกษาในการปรับปรุงการวัดคุณภาพการดูแลมารดา ทารก และเด็กในสถานบริการสุขภาพ การเฝ้าระวังการเสียชีวิตและการตอบสนองของมารดา คำแนะนำทางเทคนิคสำหรับการดำเนินการเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดา และการตรวจสอบการเสียชีวิตของมารดาและภาวะแทรกซ้อนเพื่อการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น

3) ประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนภายใต้การติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพและแนวโน้มปัญหาสุขภาพ ในด้านต่างๆ เช่น การประเมินคุณภาพการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่มีคุณภาพ การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพในท้องถิ่น การยอมรับการบริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษา ความต่อเนื่องของการดูแล การเกิดผลกระทบและการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งมีการกำกับดูแลเพื่อติดตามและประเมินผลโดยรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดจากประเทศสมาชิก จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น 1) สถิติชีพ 2) สำมะโนประชากรและครัวเรือน 3) การบันทึกข้อมูลประจำพื้นฐานจากระบบบริการสุขภาพ 4) ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5) การสำรวจ 6) ทะเบียนการเจ็บป่วย/โรค และ 7) แหล่งอื่นๆ เป็นต้น

ในการรายงานข้อมูลต่างๆ ขององค์การอนามัยโลกจะนำเสนอข้อมูลผ่านเว็บไซต์ <http://www.who.int/en/> โดยจำแนกตามหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และจัดทำเป็นรายงานสถิติอนามัยโลกเป็นประจำทุกปี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva [cited 2014 Dec 22]. Available from: <http://www.who.int/en/>



ระบบบริการสุขภาพของประเทศฝรั่งเศส^(1, 2)

โครงสร้างและบทบาท

ระบบบริการสุขภาพมีมากกว่าหนึ่งระบบ โดยมีกองทุนสุขภาพ 4 กองทุนจำแนกตามลักษณะอาชีพได้แก่ (1) พนักงานในภาคธุรกิจอุตสาหกรรมการพาณิชย์และครอบครัว (2) เกษตรกรและครอบครัว (3) ผู้ประกอบอาชีพอิสระและ (4) พนักงานในสาขาอุตสาหกรรมเฉพาะ เช่น ลูกจ้างที่ประกอบอาชีพในเมืองแร่ พนักงานการรถไฟ ฯลฯ แม้กองทุนเหล่านี้จะมีการบริหารทางการเงินที่แยกจากกัน แต่ทุกกองทุนก็อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance : NHI) ซึ่งบริหารจัดการโดยรัฐเกือบทั้งหมดซึ่งจัดการเงินทุนจากลูกจ้างและผู้จ้างในรูปแบบการหักภาษีจากรายได้และภาษีอากรเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะอย่าง ซึ่งมีข้อกำหนดเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน ความแตกต่างของกองทุน เหล่านี้จะอยู่ที่ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตน ในกรณีของกลุ่มเกษตรกรและผู้มีอาชีพอิสระนั้น รัฐจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายค่าเบี้ยประกันมากขึ้น เนื่องจากไม่มีเงินสมทบจากนายจ้าง นอกจากนี้รัฐยังกำกับดูแลไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ซื้อประกันเสริมจากเอกชนหรือจ่ายเองและโรงพยาบาลของรัฐในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีคุณภาพของการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกับเพื่อที่จะไม่ให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติกลายเป็นระบบที่มีมาตรฐานคุณภาพต่ำ ในฝรั่งเศสการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายรัฐจะรับภาระโดยเฉลี่ยแล้วประมาณร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายในขณะที่ร้อยละ 30 นั้น ผู้ใช้สิทธิจะต้องออกเอง

การควบคุมดูแลระบบบริการสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของระบบบริการสุขภาพที่มีหน้าที่เฉพาะด้านมีดังนี้

1. **Ministry of Health** เป็นหน่วยงานหลักของรัฐบาลที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพ โดยตรวจสอบเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรและการควบคุมการใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพอยู่บนพื้นฐานของขอบเขตที่กำหนดโดยรัฐบาลด้วยงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข
2. **High Council of Public Health (HCSP)** เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญอิสระในสาขาด้านการสาธารณสุขโดยจัดทำรายงานที่ยึดสถานะทางสุขภาพของประชาชนเป็นหลักแล้วนำมาวิเคราะห์ปัญหาหลักทางด้านสาธารณสุขและจัดให้มีหน่วยงานด้านการดูแลสุขภาพที่สัมพันธ์กับปัญหานั้นๆ
3. **The High Council for the Future of Health Insurance (HCAAM)** ทำหน้าที่เสนอการปรับปรุงด้านการบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความยุติธรรมและด้านการเงิน สมาชิกหน่วยงานนี้ได้คัดเลือกโดยกระทรวงสาธารณสุขจากผู้เชี่ยวชาญระดับสูง



4. **The National Health Conference** ทำหน้าที่ในการประชุมร่วมกันเกี่ยวกับบุคลากรด้านสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการบริการสุขภาพ หน่วยงานด้านบริการสุขภาพระดับภาค และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่ออภิปราย และระบุปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระดับชาติซึ่งมีกลยุทธ์ในการดำเนินงานผ่านแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับภาค (Regional Strategic Health Plans (PRS)).

5. **The National Health Authority หรือ HAS (Haute Autorité de Santé)**

มีหน้าที่กำหนดมาตรฐานกลางของคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลสำหรับทุกกองทุนหน่วยงานดังกล่าวมี ภารกิจในการประเมินคุณภาพของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์การรับรอง (Accreditation) มาตรฐานของหน่วยงาน ที่ให้บริการรักษาพยาบาล การให้ใบรับรองแพทย์ ฯลฯ โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้กับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้กำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลตามผลการประเมินคุณภาพของ HAS

6. **The inter-ministerial Economic Committee for Medical Products (CEPS)** มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดราคาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตรวจสอบแนวโน้มการใช้ยา รวมทั้งข้อตกลงระยะยาวของบริษัทเกี่ยวกับยาเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

ด้านกฎหมาย

1. กฎหมายว่าด้วยสาธารณสุข (Public Health Act 2004) โดยมีอำนาจตามกฎหมายในการจัดตั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมด้านการบริการสุขภาพซึ่งจัดตั้งหน่วยงานที่เข้ามากำกับดูแลระบบประกัน สุขภาพของภาครัฐในภาพรวมที่เรียกว่า National Health Authority หรือ HAS (Haute Autorité de Santé)

2. Hospital, Patients, Health and Territories Act (HPST Act) เป็นพระราชบัญญัติที่มี ส่วนในการปรับปรุงความร่วมมือของการช่วยเหลือผู้ป่วยนอกสถานที่โรงพยาบาล โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพแห่งชาติและสนองความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ พระราชบัญญัตินี้จัดขึ้น โดยข้อมูลความต้องการของประชาชนโดยมีการประชุมร่วมกันระดับภูมิภาคเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอิสระในการ ปกครองตนเอง

3. CMU Act (Couverture Maladie Universelle Act) เป็นพระราชบัญญัติที่มีการริเริ่มการทดสอบที่เป็น รูปแบบเดียวกันของโปรแกรมการประกันเสริมแบบสาธารณะ CMU insurance จะครอบคลุมการจ่ายร่วมสำหรับสินค้า และบริการทางการแพทย์รวมทั้งการบริการในโรงพยาบาลและจัดให้มีบริการฟื้นฟูและแวนตาฟรี

ด้านการเงิน

ด้านการคลังมีการกำหนดวงเงินงบประมาณรวมที่สามารถจัดสรรให้แก่กองทุนประกันสุขภาพของภาครัฐ ในแต่ละปี ที่เรียกว่า Global Health Budget ซึ่งคณะรัฐมนตรีหรือฝ่ายบริหารเป็นผู้กำหนดขึ้นเพื่อที่จะเป็นกรอบใน การบริหารการคลังของระบบประกันสุขภาพของประเทศโดยกำหนดให้รัฐมนตรีที่รับผิดชอบต้องจัดทำแผนงานในการ ควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้อยู่ภายในวงเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรทุก 2 ปี ในกรณีที่วงเงินบ



ประมาณรวมที่กำหนดขึ้นมานั้นไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น การจัดเก็บภาษีสุขภาพ (Earmarked Health Tax) ที่แยกออกมาจากการจัดเก็บภาษีรายได้บุคคลธรรมดาทั่วไป หรือจากค่าธรรมเนียมประกันสังคม เพื่อที่จะให้การบริหารจัดการทางการเงินของกองทุนสุขภาพมีความชัดเจนโปร่งใส สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายและขนาดวงเงินงบประมาณที่รัฐจะต้องจัดสรรให้ในแต่ละปี ส่วนการจัดการด้านการคลังเป็นระบบประกันสุขภาพแบบระบบประกันสังคมโดยสิทธิในการรักษาพยาบาลจะคุ้มครองเฉพาะผู้ที่ชำระค่าเบี้ยสวัสดิการสังคม สำหรับกลุ่มบุคคลบางประเภท เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลผู้ว่างงานจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นกัน แต่เป็นการอุดหนุนเงินผ่านระบบภาษีซึ่งภาครัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือให้เงินอุดหนุนมากกว่าบุคคลทั่วไป นอกจากนี้มีการนำเงินจากการเก็บภาษีเฉพาะอย่าง เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ เป็นต้น มาสมทบกับภาษีสวัสดิการสังคม (employer and employee payroll taxes) และค่าธรรมเนียมทางสังคม (social charges) เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่าย การรักษาพยาบาล

การดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

การควบคุมคุณภาพด้านการบริการทางการแพทย์ทำโดย Agency National Accreditation and Health Care Evaluation (ANAES) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้คำแนะนำและแนวทางปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาทางด้านการปฏิบัติการทางคลินิก (Recommendations on clinical practice: RPC) ที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย การบำบัดรักษา การดูแลตามเงื่อนไขเฉพาะของโรคในบางราย ตลอดจนดูแลเรื่องการประเมินผลเพื่อวางแผนจ่ายค่าชดเชย ในบางกรณี ANAES ยังได้เผยแพร่คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเป็นแพทย์ที่ดีตามที่ได้ตกลงไว้กับกองทุนประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานที่กำหนดค่ามาตรฐานต่างๆในการตรวจสอบและประเมินเกี่ยวกับการแพทย์ เช่น การตรวจหาสาเหตุ การเขียนใบสั่งยา และบัญชีค่าต่างๆ ทาง การตรวจรักษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Clarke E, Bidgood E. Healthcare Systems: France [Internet]. [cited 2014 June 14]. Available from: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/france.pdf>
2. เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, วีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี, ธาตทิพย์ ศรีสุวรรณเกศ, พรชัย พิลหาเวสส. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิ.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://tdri.or.th/wp-content/uploads/2014/08/final-report-thailand-health-insurance.pdf>



ระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา^(1, 2)

โครงสร้างและบทบาท

ระบบบริการทางด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกา มีลักษณะสำคัญ คือการให้บริการสุขภาพดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนโดยให้บริการในรูปแบบของระบบการประกันสุขภาพซึ่งมีการจัดบริการให้ประชาชนโดยรัฐบาลกลางเป็นหลัก ซึ่งสามารถแบ่งเป็นการประกันสุขภาพสาธารณะและการประกันสุขภาพโดยหน่วยงานเอกชน ดังนี้

1. การประกันสุขภาพสาธารณะ

- **Medicare:** เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ที่เป็โรคไตระยะสุดท้ายดำเนินการโดยรัฐบาลกลางภายใต้ Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ US Department of Health and Human Services การบริหาร Medicare ใช้งบประมาณที่ได้จากการเรียกเก็บภาษีเฉพาะ (Medicare Levy Tax) จากประชาชนที่มีรายได้จากการทำงาน

- **Medicaid:** เป็นการประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย ครอบครัวรายได้น้อยที่มีเด็กในความดูแล และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนด รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบายขณะที่มลรัฐเป็นผู้บริหารจัดการโปรแกรม แต่ละมลรัฐมีการกำหนดเกณฑ์ของตนเองในการพิจารณาว่าใครจะเป็นผู้มีสิทธิภายใต้โปรแกรม Medicaid โดยพิจารณาจากรายได้ส่วนบุคคล หรือรายได้ของครอบครัวต่อปี และกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และยา

- การประกันสุขภาพอื่นๆ ได้แก่

1. TRICARE เป็นแผนประกันสุขภาพสำหรับทหาร ซึ่งบริหารจัดการโดย TRICARE Management Activity (TMA) เพื่อให้ทหารเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานสูง ในขณะเดียวกันยังสามารถรักษาประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการทหารด้วย
2. State Children's Health Insurance Program (SCHIP) เป็นโครงการสำหรับเด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อยโดยมีรายได้อยู่ในระดับที่ไม่พอที่จะเข้าเงื่อนไขของ Medicaid
3. Veterans Health Administration เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับทหารผ่านศึก

2. การประกันสุขภาพโดยภาคเอกชน

- Employer-Sponsored Insurance คือ การประกันสุขภาพที่บริษัทจัดให้ลูกจ้าง
- Private non-group คือ การซื้อประกันสุขภาพส่วนตัวกับบริษัทประกันภัย เช่น บุคคลวัยเกษียณ



การดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สถาบันหลักที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมของ United States Department of Health and Human Services (HHS) และได้รับการจัดสรรงบประมาณหลักจากหน่วยงานดังกล่าว รวมทั้งมีการหาเงินทุนด้วยตนเองโดยการจัดตั้งกองทุน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของ United States Department of Health and Human Services (HHS) มีดังนี้

1. Administration for Children and Families (ACF)
2. Administration for Community Living (ACL)
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
5. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
6. Food and Drug Administration
7. Health Resources and Services Administration (HRSA)
8. Indian Health Service (IHS)
9. National Institutes of Health (NIH)
10. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

ด้านกฎหมาย

การควบคุมระบบบริการสุขภาพควบคุมโดยรัฐบาลกลางและระดับรัฐ โดยรัฐบาลกลางให้อำนาจพื้นฐานต่อรัฐภายใต้พระราชบัญญัติ McCarran-Ferguson ซึ่งมีการควบคุมดูแลที่สำคัญคือ เรื่องใบอนุญาตสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับรัฐ การทดสอบ การอนุมัติด้านยาและอุปกรณ์การแพทย์ โดยอยู่ภายใต้การควบคุมขององค์การอาหารและยา รวมทั้งการทดสอบในห้องปฏิบัติการ ซึ่งการควบคุมนี้ได้ออกแบบเพื่อป้องกันการหลอกลวงให้บริการสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีพระราชบัญญัติ Patient Protection and Affordable Care Act ที่จัดทำระเบียบข้อบังคับในการควบคุมการประกันสุขภาพซึ่งต้องการให้ประชาชนเข้าถึงระบบการประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง

หน่วยงานที่ดูแลระบบบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้หน่วยงานของรัฐบาลกลางทั้งหมดคือ United States Department of Health and Human Services ส่วนการควบคุมดูแลในระดับรัฐมีกรมสุขภาพของรัฐ (State Health Department) และระดับท้องถิ่น (Local government) โดยมีการควบคุมโดยข้อบังคับเฉพาะในแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้ประชาชนมีบทบาทสำคัญในกระบวนการจัดทำกฎหมายโดยมีการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนเพื่อการตัดสินใจในการจัดทำกฎหมาย



ด้านการเงิน

การจัดสรรงบประมาณภายใต้ The United States Department of Health and Human Services (HHS) มีหน่วยงานผู้ดูแลจัดสรรงบประมาณหลักคือ Office of the Assistant Secretary for Financial Resources (ASFR) ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องงบประมาณแก่รัฐมนตรีในทุกด้านในการจัดการทางการเงินทุน รวมทั้งให้มีการประสานงานเพื่อให้แนวทางการดำเนินงานของกิจกรรมระหว่างหน่วยงาน

ด้านมาตรฐาน

The National Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) Standards เป็นมาตรฐานด้านสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่ความก้าวหน้าทางด้านความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาล การพัฒนาคุณภาพ การขจัดความไม่เสมอภาคในการดูแลสุขภาพโดยการสร้างพิมพ์เขียวสำหรับสุขภาพและองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ

ผลการดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

กิจกรรม/ผลงานที่สะท้อนด้านคุณภาพการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ ได้แก่

1. Examining quality and efficiency of the U.S. healthcare system.
2. Improving Quality and Value in the U.S. Health Care System
3. Organizational Fragmentation and Care Quality in the U.S. Healthcare System
4. Organizational Fragmentation and Care Quality in the U.S. Health Care System

เอกสารอ้างอิง

1. Chua KP. American Medical Student Association. Overview of the U.S. Health Care System [Internet]. 2006 [cited 2014 June 7]. Available from: <http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/HealthCareSystemOverview.pdf>
2. Clarke E, Bidgood E. Healthcare Systems: The USA [Internet]. [cited 2014 June 7]. Available from: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/USABrief.pdf>



ระบบบริการสุขภาพของประเทศสิงคโปร์⁽¹⁻³⁾

โครงสร้างและบทบาท

ระบบบริการสุขภาพอยู่ภายใต้การบริหารโดยกระทรวงสาธารณสุขโดยมีจุดมุ่งหมายในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมีคุณภาพและสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้อย่างครอบคลุม โดยมีระบบการจัดหาเงินทุนผสมใช้กลไกการตลาดเพื่อส่งเสริมการแข่งขันและความโปร่งใสและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ ระบบการรักษาพยาบาลได้ออกแบบเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ในเวลาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยรัฐบาลมีการสนับสนุนการบริการสุขภาพด้วยการร่วมอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลซึ่งประกอบด้วย บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ระบบประกันสุขภาพเป็นแบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีการป้องกันหลายชั้น ได้แก่

1. Medisave เป็นบัญชีออมเงินภาคบังคับของชาวสิงคโปร์ (National Compulsory Medical Saving Account หรือ Catastrophic Medical Insurance) โดยกำหนดให้ประชาชนออมเงินจากรายได้ของตนสำหรับการรักษาพยาบาลในอนาคตของตนหรือญาติสายตรง
2. Medishield เป็นประกันสุขภาพที่ราคาไม่สูง ผู้ประกันตนสามารถซื้อได้ด้วยตัวเองเพื่อช่วยประกันความเสี่ยงของตนและญาติสายตรงกรณีผู้ป่วยเป็นเวลานานและมีค่าใช้จ่ายที่สูง (และ Medisave ไม่เพียงพอที่จะจ่าย)
3. Medifund เป็นกองทุนสงเคราะห์หรือ Safety Net ที่รัฐจัดเตรียมไว้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ยากจนซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินในบัญชี Medisave หรือด้วยเงินของตัวเอง

การสนับสนุนทางการเงิน

การบริหารด้านการเงินในระบบบริการสุขภาพเป็นระบบการจัดหาเงินทุนผสมโดยใช้กลไกการตลาดเพื่อส่งเสริมการแข่งขันและความโปร่งใส ในการคุ้มครองประชาชนเบื้องต้นเป็นระบบบริการสาธารณะ รัฐบาลให้เงินอุดหนุนร้อยละ 80 ของการเจ็บป่วยกรณีฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งหมด ส่วนภาคเอกชนมีบทบาทหลักในการรักษาพยาบาลพื้นฐานซึ่งมีส่วนแบ่งทางการตลาดถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ยังมีการให้บริการโดยหน่วยงานด้านสวัสดิการที่จัดตั้งขึ้นโดยได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐบางส่วน

การดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

กรอบการกำกับดูแลด้านการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ประกอบด้วย 2 ฝ่ายคือ ผู้ควบคุม (Regulator) ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการตามกฎหมาย และผู้ถูกควบคุม (The regulated) ประกอบด้วยผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน



หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สิงคโปร์มีหน่วยงานหลักในการควบคุมดูแลระบบบริการสุขภาพ 3 หน่วยงาน ดังนี้

1. Ministry of Health (MOH) ทำหน้าที่ตรวจสอบการจัดเตรียมและการควบคุมการบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นผู้นำหลักในการสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การตรวจสอบการเข้าถึงและคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ การป้องกันและควบคุมการเกิดโรค การจัดสรรทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญ และการบริหารเรื่องใบอนุญาตในการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพ
2. Central Provident Fund (CPF) เป็นแผนการออมภาคบังคับสำหรับชาวสิงคโปร์เพื่อสนองความต้องการของประชาชนเมื่อเกษียณอายุ รวมทั้งการสนับสนุนด้านการเคหะ การคุ้มครองครอบครัว และการเพิ่มสินทรัพย์ด้านการบริการสุขภาพ โดยลูกจ้างและผู้ทำงานต้องจ่ายเงินสหทบเข้าบัญชีหลัก 3 ประเภทคือ
 - 1) Ordinary Account (การซื้อบ้าน ซื้อประกัน การศึกษาบุตรและการเกษียณของบุพการี)
 - 2) Special Account (สำหรับผู้สูงอายุ เหตุฉุกเฉินและการลงทุน)
 - 3) Medisave Account (บัญชีเบิกจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นหลัก จ่ายสำหรับรักษาผู้ป่วยนอกบางบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อประกันจาก Medishield)
3. Monetary Authority of Singapore (MAS) ในฐานะธนาคารกลางของสิงคโปร์ MAS ควบคุมการเงินของงานด้านการประกันโดยมี Insurance Department บริหารงานตามพระราชบัญญัติประกัน ซึ่งคุ้มครองผู้มีประกันภัยรวมทั้งทำหน้าที่ควบคุมงานด้านการประกันทั้งหมด
4. SingHealth เป็นองค์กรด้านการบริการสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดในสิงคโปร์ซึ่งมีสหสาขาวิชาที่มีความสมบูรณ์ครอบคลุม มีการสอนและการวิจัย รวมทั้งการบูรณาการด้านการบริการทางการแพทย์ผ่านภาคีเครือข่ายซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล 2 แห่ง รวมทั้ง 5 ศูนย์เฉพาะด้านแห่งชาติ และ โพลีคลินิก 9 แห่ง

ด้านกฎหมาย

มีพระราชบัญญัติ 20 ฉบับที่เกี่ยวข้องภายใต้อำนาจของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งควบคุมการสาธารณสุขและความปลอดภัย รวมทั้งความเชี่ยวชาญ การปฏิบัติและการจัดตั้งสถาบันบริการสุขภาพ รวมทั้งคณะกรรมการด้านกฎหมายที่มีส่วนรับผิดชอบด้านการบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยัง E-Consultation ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอการแก้ไขกฎหมายหรือการเสนอกฎหมายใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการนำไปพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ

ด้านมาตรฐาน

สถานบริการด้านสุขภาพทั้งหมด เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการทางการแพทย์ ศูนย์สุขภาพชุมชน จะต้องมียาใบอนุญาตจาก Private Hospitals & Medical Clinics (PHMC) Act/Regulations มีความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและมาตรฐานการรักษา โดยมีแนวคิดการริเริ่มระดับโลก คือ Global Patient Safety Challenge



initiated by World Health Organization (WHO) World Alliance for Patient Safety เพื่อสนับสนุนมาตรฐานระดับสูงในการปฏิบัติ รวมทั้งลดความเสี่ยงจากการบริการด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการสุขภาพมีการควบคุมโดยหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโดยแต่ละหน่วยงานอยู่ภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุขและได้รับการจัดสรรงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขบางส่วน โดยหน่วยงานดังกล่าวมีดังนี้

- Singapore Medical Council
- Singapore Dental Council
- Singapore Nursing Board
- Singapore Pharmacy Council
- Traditional Chinese Medicine Practitioners Board
- Optometrists & Opticians Board
- Allied Health Professions Council
- Health Sciences Authority

ผลงานด้าน Quality of care or Medical care

กิจกรรม/ผลงานที่สะท้อนด้าน คุณภาพการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ ได้แก่

1. Quest for quality care and patient safety: the case of Singapore
2. 9th National Healthcare Quality Improvement Poster Competition 2012

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Health (Singapore) [Internet]. [cited 2014 June 14]. Available from: http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
2. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, ภูรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทธจิตต์, อุบลพรรณ อีระศิลป์, พลอยวรรณค์ เหลืองไตรรัตน์. การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachfinancing/148/Full-text.pdf>
3. SingHealth. Corporate Overview [Internet]. [cited 2014 June 14]. Available from: <http://www.singhealth.com.sg/Pages/home.aspx>



ระบบบริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย

โครงสร้าง/บทบาทของหน่วยงาน

ประเทศออสเตรเลียปกครองแบบสหพันธรัฐ ซึ่งรัฐและเขตปกครองมีอิสระในการกำหนดนโยบายและการดำเนินการภายใน โดยมีสภาที่ปรึกษารัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ประเทศออสเตรเลีย Australian Health Minister's Advisory Council (AHMAC) มีผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาลกลาง และตัวแทนจากรัฐและเขตปกครองต่างๆ รวมทั้งตัวแทนฝ่ายที่มีใช้หน่วยงานของรัฐ เพื่อให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขออสเตรเลีย และเพื่อพิจารณาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานในการให้บริการสุขภาพทั่วประเทศ มีการตั้งคณะกรรมการดำเนินการสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Health Performance Committee) มีหน้าที่วัดประสิทธิภาพการดำเนินการในระบบสุขภาพของประเทศ และตั้งคณะทำงาน Australia's Acute Hospital Performance มีหน้าที่ในการประเมินความมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินงานทางด้านการบริการสุขภาพ โดยมีเป้าหมายหลักในการวัดประสิทธิภาพและของการทำงานในระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น ซึ่งข้อมูลที่ได้มานั้นจะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายมีความเข้าใจในระบบสุขภาพของประเทศ และสามารถประเมินสถานะสุขภาพของประชากรในประเทศ¹

การดำเนินงาน Quality of Care

กรอบแนวคิดดำเนินงานด้านสุขภาพแห่งชาติ (National Health Performance Framework) ได้กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการดำเนินการสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (Australia's National Health Performance Committee) โดยมีความครอบคลุมทั้ง 3 ด้านคือ สถานะสุขภาพและผลการปฏิบัติการ ตัวกำหนดทางสุขภาพ และการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยทางด้านประสิทธิภาพของโรงพยาบาล และการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกรอบแนวคิดนี้จะประกอบด้วยชุดตัวชี้วัดด้านต่างๆ^{2,3} ดังนี้

- ชุดตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ และผลการปฏิบัติการ (Health status and outcome) จัดทำขึ้นโดยเน้นที่จะตอบคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ สุขภาพ พลานามัยของประชาชนเป็นอย่างไร สุขภาพ พลานามัย เหมือนกันสำหรับประชาชนทุกคน หรือไม่ และจุดใดที่มีโอกาสในการปรับปรุงมากที่สุด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ เงื่อนไขสุขภาพ (Health conditions) การปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย (Human function) อายุคาดเฉลี่ย และความอยู่ดีมีสุข (Life expectancy and well-being) และการตาย (Deaths)
- ชุดตัวชี้วัดที่เป็นตัวกำหนดทางสุขภาพ (Determinant of Health) ได้สร้างตัวชี้วัด 5 กลุ่มเพื่อตอบคำถามว่า ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดทางสุขภาพกำลังเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นหรือไม่ การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดขึ้นเหมือนกัน สำหรับประชาชนทุกคน หรือไม่ และที่ใด หรือสำหรับใคร การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดไปในทางที่เลวลงหรือไม่ ประกอบด้วย ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors)



ความสามารถของชุมชน (Community capacity) พฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behaviors) และปัจจัยส่วนบุคคล (Person related factors)

- ชุดตัวชี้วัดการดำเนินงานของระบบสุขภาพ (Health System Performance) จัดทำขึ้นโดยเน้นที่จะตอบคำถามดังต่อไปนี้ การปฏิบัติงานของระบบสุขภาพ ในการสนับสนุนส่งเสริมให้ประชาชนในชาติมีสุขภาพดี เป็นระบบที่ดีแค่ไหน เพียงใด และการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพนั้น เหมือนกันสำหรับประชาชนทุกคน หรือไม่ โดยแบ่งตัวชี้วัดเป็น 9 กลุ่มเพื่อวัดการดำเนินงานที่มีประสิทธิผล (Effective) เหมาะสม (Appropriate) มีประสิทธิภาพ (Efficient) ตอบสนองต่อประชาชน (Responsive) สามารถเข้าถึงได้ (Accessible) ปลอดภัย (Safe) ต่อเนื่อง (Continuous) สามารถปฏิบัติงานได้ (Capable) และยั่งยืน (Sustainable)

กรอบแนวคิดการประเมินความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินการทางด้านการบริการสุขภาพ ได้กำหนดขึ้นโดยคณะกรรมการ Australia's Acute Hospital Performance ซึ่งจะประกอบด้วย ชุดตัวชี้วัดด้านความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) และความมีประสิทธิภาพ (Efficiency)⁴ ดังนี้

- ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) คุณภาพ เช่น ผลการให้บริการของโรงพยาบาล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ปรากฏการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากโรงพยาบาล และขั้นตอนการปฏิบัติการ 2) ความเหมาะสม เช่น Separation per 1,000 population และระดับความแตกต่างของการให้บริการ (Variation in intervention rates) 3) ความสามารถในการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ เช่น การรอรับบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึง และการที่ผู้รับบริการเข้าถึงสถานบริการ (Physical access)
- ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัด คือ 1) Cost per casemix-adjusted separation 2) ต้นทุนค่าแรง per casemix-adjusted separation 3) User cost of capital per casemix-adjusted separation 4) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน 5) ต้นทุนต่อรายผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเข้านอนในโรงพยาบาล (Cost per non-admitted occasion of care)

ผลการดำเนินงาน Quality of Care

ผลของการดำเนินงานด้าน Quality of Care ที่ได้จากรอบแนวคิดข้างต้น จะสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาการให้บริการ โดยรัฐบาล และผู้ให้บริการอื่นๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้มานั้นจะนำมาใช้ในประเมินการคุณภาพของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญต่อรัฐบาลและผู้ให้บริการอื่นๆ เพื่อที่จะให้การสนับสนุนเงินทุนแก่ผู้ให้บริการ ตลอดจนผู้บริโภคและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ โดยประโยชน์ของการวัดผลการดำเนินงานจะรวมถึง การเพิ่มความรับผิดชอบและความโปร่งใสของการให้บริการ และสามารถนำมาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการที่ดีขึ้น ใช้เป็นมาตรฐานในการวัดเกี่ยวกับประสิทธิผลของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย การปฏิบัติหรือโปรแกรมการให้บริการที่ใหม่กว่า ใช้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพของการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการปรับปรุงคุณภาพและการสร้างสรรค์นวัตกรรม



การพัฒนาการโดยบูรณาการระหว่างการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลที่ช่วยให้เปรียบเทียบการปฏิบัติงานด้านระบบสุขภาพของประเทศระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ประชาชนที่มีความเข้าใจในสุขภาพของตนเอง และคุณภาพของระบบสุขภาพที่พวกเขาได้รับ⁵

เอกสารอ้างอิง

1. Australian Indigenous HealthInfoNet. Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) [Internet]. 2014 [cited 2014 Nov 30]. Available from: <http://www.healthinonet.ecu.edu.au/key-resources/organisations?oid=694>
2. Australian Medical Association. National Health Reform: Performance and Accountability Framework [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 3]. Available from: https://ama.com.au/system/files/national_health_reform_performance_and_accountability_framework.pdf
3. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). National Health Performance Framework [Internet]. 2009 [cited 2014 Nov 30]. Available from: <http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/392569>
4. สุกัลยา คงสวัสดิ์, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, อาทิตยา เทียมไพรวัลย์. แนวทางการใช้ดัชนีชี้วัดเพื่อการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงจาก: <http://ihpptaigov.net/DB/publication/attachbook/23/chapter2.pdf>
5. Australian Institute of Health and Welfare 2014 Australia's health 2014. Australia's health series no.14. p 1-5.



ระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ⁽¹⁻⁵⁾

โครงสร้างและบทบาท

National Health Service (NHS) เป็นหน่วยงานที่ดูแลระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ จัดตั้งขึ้นภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health: DH) และประกาศใช้ตามกฎหมายในปี 2006 ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่ให้ความเสมอภาคกับทุกคน ประชาชนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลทำให้มีอำนาจมากพอในการทำให้ผู้ให้บริการและสถานบริการในภาครัฐซึ่งเดิมอาจอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ก็ตาม โอนมาอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของ National Health Service (NHS) ทั้งหมด นอกจากนั้นยังสามารถเข้าไปซื้อกิจการโรงพยาบาลของเอกชนได้ มีการทำสัญญากับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เปิดคลินิกส่วนตัว และจ้างเภสัชกรที่อยู่ตามร้านยาในชุมชนให้เชื่อมโยงกับผู้ให้บริการที่อยู่ในชุมชนอื่นๆ จากวิชาชีพต่างๆ โดยใช้การจัดการที่ทำให้เกิดความร่วมมือจนเกิดการทำงานเป็นทีมเดียวกันเรียกว่า “ทีมบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) เพื่อให้บริการในชุมชนซึ่งระบบบริการปฐมภูมินี้จะถูกแยกออกจากระบบบริการทุติยภูมิ (Secondary Care) และตติยภูมิ (Tertiary Care) อย่างชัดเจน

ในประเทศอังกฤษ National Health Service (NHS) จัดให้ประชาชนทุกคนต้องขึ้นทะเบียนในพื้นที่ตามที่รัฐกำหนด ในเบื้องต้นประชาชนทุกคนจะมีสิทธิรับการรักษาผ่านระบบ General practitioners (GP) หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแพทย์ประจำตัว ซึ่งทุกคนสามารถเลือกและเปลี่ยนได้เอง ในกรณีเจ็บป่วยไม่รุนแรงจะไปหา General practitioners (GP) ประจำตัวก่อน และแพทย์จะเขียนใบสั่งยาให้ไปซื้อยาเองที่ร้านกับเภสัชกรชุมชน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีรายได้อาจได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายในการซื้อยาดังกล่าว เช่น คนชรา คนพิการ ทูพพลภาพ เป็นต้น แต่ถ้าเกิดการเจ็บป่วยในกรณีฉุกเฉินหรือมีอาการร้ายแรงจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางและความพร้อมในการรักษามากกว่า (ทำหน้าที่คล้ายหน่วยบริการปฐมภูมิในบ้านเรา) หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีแพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทางและพยาบาล เป็นผู้ทำหน้าที่ทั้งแบบ full time และ part time

ต่อมา National Health Service (NHS) ได้ปฏิรูปองค์กรโดยยึดแนวทางการตลาดแบบภายใน (Internal Market) ให้ความรับผิดชอบทางด้านระบบบริการสุขภาพของอังกฤษแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ การซื้อบริการ (Purchasing หรือ Commissioning) และการจัดบริการ (Providing) National Health Service (NHS) จะให้หน่วยงาน Primary Care Trust (PCT) ซึ่งพัฒนามาจากโครงสร้างเดิมที่เรียกว่า District Health Authority (DHA) ทำหน้าที่คล้ายผู้ซื้อบริการโดยจัดสรรงบประมาณให้ระบบบริการปฐมภูมิตามจำนวนของประชาชนในพื้นที่ ในขณะที่การดำเนินงานของ Primary Care Trust (PCT) ก่อนที่นำไปใช้ในการปฏิบัติจริงจะต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงานในระดับเขตที่เรียกว่า Strategic Health Authority (STA) ซึ่งพัฒนามาจากโครงสร้างเดิมที่เรียกว่า Regional Health Authority (RHA) มีการรวมตัวกันของแพทย์ General Practice (GP) เป็นหน่วยงานที่เรียกว่า Clinical Commissioning Group (CCGs) ทำให้แพทย์ GP เข้ามามีบทบาทในการบริหารองค์กรมากขึ้น



Primary Care Trust (PCT) ยังมีหน้าที่สร้างความร่วมมือกับรัฐบาลในลักษณะที่เรียกว่า Care Trust เพื่อพัฒนา Social Care เช่น การบริการผู้ด้อยโอกาส เด็ก คนชรา คนพิการ ทูพลภาพ โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณ 80% ของ National Health Service (NHS)

อีกหน่วยงานที่มีความสำคัญคือ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ที่ทำหน้าที่ในการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากสามส่วน ได้แก่ การใช้งานเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ National Health Service (NHS) เช่น การใช้ยาใหม่ๆ และวิธีการรักษา การปฏิบัติการทางคลินิก และแนวทางการทำงานขององค์กรสาธารณะในการส่งเสริมสุขภาพและลดการเจ็บป่วย โดยสิ่งเหล่านี้จะถูกนำมาประเมินเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ

ด้านทรัพยากร

National Health Service (NHS) จะใช้ Standardized Mortality Ratio (SMR) เป็นหลักเกณฑ์ในการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ ส่วนการจัดการด้านข่าวสารข้อมูลมีบริการ National Health Service choice เป็นส่วนที่ให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชนผ่านทางเว็บไซต์ <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>

การบริหารงานระบบสุขภาพ

ประเทศอังกฤษจะมีหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายซึ่งเทียบเท่ากับกระทรวงสาธารณสุขคือ Department of Health (DH) มีข้าราชการประจำสองตำแหน่งคือ Permanent Secretary (เทียบเท่าปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และ Chief Executive of NHS (เทียบเท่าเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช.) ทั้งสองตำแหน่งขึ้นตรงกับรัฐมนตรี Secretary of State for Health ของ Department of Health (DH) แต่รัฐมนตรีไม่ได้อยู่ในคณะกรรมการของ Department of Health คณะกรรมการจะประกอบด้วย Permanent Secretary เป็นประธาน ในขณะที่คณะกรรมการของ Primary Care Trust (PCT) ในระบบบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยงานในพื้นที่จะมีตัวแทนภาคประชาชนที่เป็นนักการเมืองท้องถิ่นหรือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน

งบประมาณ

การทำงานของ National Health Service (NHS) จะอยู่บนพื้นฐานของการนำเงินภาษีรวมกับเงินที่ประชาชนจ่ายเบี้ยประกัน (คล้ายประกันสังคม) ทำให้กองทุนสุขภาพมีกองทุนเดียว ครอบคลุมประชาชนทุกคนในประเทศโดยงบประมาณจะมาจาก 3 แหล่ง คือ เงินภาษี 86% เงินประกันสุขภาพ 11% และการมีส่วนร่วมของประชาชน 3% ในขณะที่งบประมาณ 80% จะถูกนำไปจัดสรรเพื่อดูแลด้าน Social Care ดังกล่าวในข้างต้น

การดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

การทำงานของ National Health Service (NHS) จะมีระบบประกันคุณภาพผ่าน Quality Outcome Framework (QOF) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสัญญา General Medical Service (GMS) contract ที่จัดทำขึ้นระหว่างผู้ซื้อบริการและสถานบริการในระบบของ National Health Service (NHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา



คุณภาพบริการ โดยการจัดมอบรางวัลเป็นผลตอบแทนสถานบริการที่ให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนซึ่งเป็นการสมัครใจเข้าร่วม ซึ่งสถานบริการสมัครใจเข้ารับการรับรองอย่างมาก Quality Outcome Framework (QOF) ไม่ได้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการแต่เป็นการแข่งขันคุณภาพการบริการของสถานบริการปฐมภูมิการเก็บข้อมูลจะทำบนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเก็บข้อมูลเป็นส่วนกลางที่ NHS Information Center และมีการสุ่มตรวจความถูกต้องด้วย การนับคะแนนจะทำตามตัวชี้วัดผ่านการวิจัยยืนยันแล้ว ประกอบด้วยการประเมิน 4 องค์ประกอบ (129 ตัวชี้วัด) ได้แก่ Clinical Domain 80 ตัวชี้วัด, Organizational Domain 36 ตัวชี้วัด, Patient Experience Domain 5 ตัวชี้วัด และ Additional Domain 8 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความจำเป็น ระบบ Quality Outcome Framework (QOF) นี้เป็นระบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมและให้การยอมรับและยังเป็นระบบนี้ยังช่วยรักษาธรรมาภิบาล (Good governance) ด้วย

แม้ว่า National Health Service (NHS) จะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำงานตามการเมืองที่เปลี่ยนไปก็ตาม แต่ประชาชนยังให้ความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งและเสมอภาค นอกจากนั้นระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยยังเป็นพื้นฐานในการจัดระบบบริการสุขภาพในหลายๆ ประเทศ ทั้งในและนอกเครือจักรภพและประเทศต่างๆ ได้แก่ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา สวีเดน และนอร์เวย์ เป็นต้น

ผลการดำเนินงานด้าน Quality of care or Medical care

กิจกรรม/ผลงานที่สะท้อนด้าน คุณภาพการบริการดูแลรักษาทางการแพทย์ ได้แก่

- Ambulance Quality Indicators
- Accident and Emergency Waiting Times & Activity
- Cancer Waiting Times
- Dementia Assessment and Referral
- Diagnostic Test Waiting Times & Activity
- Other...etc

เอกสารอ้างอิง

1. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. เรียนรู้ดูงานระบบบริการประเทศอังกฤษสู่การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 1): PCFM 2009; 1(1):56-66.
2. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. เรียนรู้ดูงานระบบบริการประเทศอังกฤษสู่การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 2): PCFM 2009; 1(2):62-9.



3. วินัย ลิสมิทธี. รายงานการวิจัยการศึกษารูปแบบ แนวทาง ระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachgovernance/158/Full-text.pdf>
4. ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยราชอาณาจักร (อังกฤษ) : บทความวิชาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ฉบับที่ 6/2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 ส.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.health.nu.ac.th/journal/68.pdf>
5. National Health Service. NHS Choices [Internet]. [Cited 2014 Aug 11]: Available from:
<http://www.england.nhs.uk/about/>



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

ประวัติความเป็นมาและแนวคิดการดำเนินงานของ สรพ.

การจัดตั้งและบทบาทหน้าที่

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีที่มาจากงานวิจัยกลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี 2540 และก่อตั้งเป็นสถาบันภายใต้ สวรส. เมื่อปี 2542 ในชื่อว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (พรพ.) โดยมีการดำเนินงานภายใต้หลักการสำคัญคือ “องค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือ คล่องตัว มีการดำเนินการบนพื้นฐานวิชาการ สอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขและวัฒนธรรมของประเทศ”

พรพ. มีบทบาทอย่างสูงในการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้สถาบันแห่งนี้มีสถานะ เป็นสถาบันที่น่าเชื่อถือของสังคมและเป็นองค์กรที่มีความมั่นคงของการดำเนินงานในระยะยาว จึงได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ขึ้น โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2552 ซึ่งในพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวได้กำหนดวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของสถาบันไว้ดังนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- (3) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- (4) ส่งเสริม สนับสนุนและดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้และการให้บริการประวัติความเป็นมาและแนวคิดการดำเนินงานของ สรพ./3 การเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐองค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศและภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

แนวคิดการดำเนินงาน

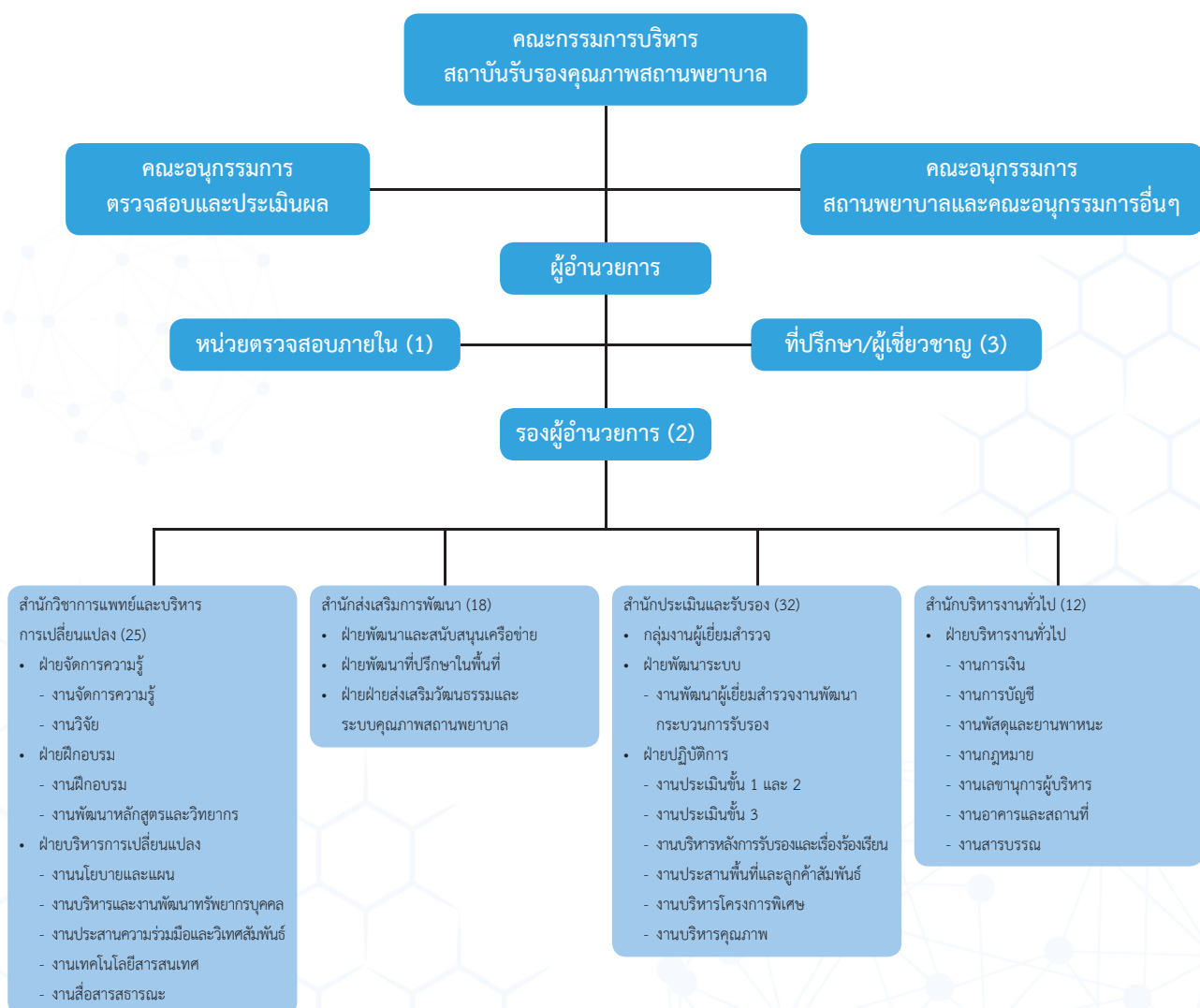
แนวคิดสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลของ สรพ. มีดังนี้

- ใช้การประเมินและรับรองในเชิงการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกับการพัฒนาเครื่องมือคุณภาพต่างๆ เพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลมีความสามารถในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่สอดคล้องกับความจำเป็นขององค์กรและธำรงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



- ส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการประเมินทบทวนและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับระดับทรัพยากรและความพร้อมของสถานพยาบาลใช้การประเมินและยกย่องความสำเร็จในการพัฒนาเป็นลำดับขั้นเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ
- ผสมผสานจุดเน้นของการพัฒนาให้เกิดความสมดุล ได้แก่ การเน้นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามมาตรฐาน การสร้างเสริมสุขภาพการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการพัฒนาด้านจิตตปัญญา รวมทั้งการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วย
- สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการประเมินและรับรอง การสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาและการสร้าง“สังคมแห่งการเรียนรู้” เพื่อพัฒนาสุขภาวะของประเทศ
- เป็นกลไกที่ร่วมขับเคลื่อนสู่เป้าหมายหลักของประเทศ ได้แก่ สิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาตินโยบายของรัฐบาล

โครงสร้างและการแบ่งส่วนงาน





แผนยุทธศาสตร์ของ สรพ.

แผนยุทธศาสตร์ของ สรพ. ปี 2555-2558 ได้มีการปรับปรุงมาจากแผนยุทธศาสตร์ที่มีอยู่เดิม โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

วิสัยทัศน์

ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ

พันธกิจ

สรพ. มีพันธกิจในการส่งเสริม สนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยใช้การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกและการรับรองกระบวนการคุณภาพ เป็นกลไกกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างสมดุล

แผนยุทธศาสตร์

สรพ. ได้กำหนดยุทธศาสตร์การทำงานเป็น 4 ยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบันดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (Collaboration Excellence)

สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนของสถานพยาบาล และผู้ที่ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในภาพรวม ได้แก่

- หน่วยงาน องค์กร เครือข่ายและศูนย์ความร่วมมือในระดับพื้นที่
- หน่วยงานและองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านบริการสุขภาพของประเทศ
- สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
- ภาคประชาสังคมและชุมชน

2. ยุทธศาสตร์ Spiritual HA ภายใต้ทางเลือกที่หลากหลาย (Product Diversification)

ส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพที่มีความสมดุลระหว่างมิติด้านจิตวิญญาณและมิติด้านระบบงาน นำสู่การปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ที่หลากหลาย โดยการขับเคลื่อนงานมี 2 แนวทางหลัก คือ

- การนำแนวคิด spiritual HA และแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ไปใช้ในการขับเคลื่อนระบบคุณภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา
- การพัฒนารูปแบบ เครื่องมือและกลไกสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการรับรองกระบวนการคุณภาพที่หลากหลาย มีความเชื่อมโยงและเป็นสากล

3. ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการรับรองให้ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณค่า (Process Excellence)

มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของการประเมินและรับรอง HA ให้สามารถตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น มีความชัดเจนในขั้นตอนต่างๆ โปร่งใส มีความเรียบง่าย กระชับ ไม่เป็นภาระแก่สถานพยาบาลและมีผู้เยี่ยมสำรวจที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ



4. ยุทธศาสตร์องค์กรแห่งความเป็นเลิศ (Organization Excellence)

พัฒนาขีดความสามารถของ สรพ. ให้สามารถทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เป็นไปตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีประสิทธิภาพโปร่งใส มีธรรมาภิบาล มีการบริหารจัดการที่ดีและเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานตามหลักสากล

การดำเนินงานด้านคุณภาพการดูแลสุขภาพทางการแพทย์

สรพ. ได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) โดยความร่วมมือระหว่างกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (University Hospital Network: UHOSNET) และ สรพ. มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 (THIP I) ประกอบด้วยสมาชิกจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จำนวน 11 แห่ง เพื่อค้นหาตัวชี้วัดที่เป็นเครื่องมือในการชี้ทิศทางและเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ โดยได้พัฒนาชุดตัวชี้วัดเปรียบเทียบครอบคลุมการบริการแบบตติยภูมิที่ได้รับความสนใจจากโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเอกชนสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจนถึงปี พ.ศ. 2555 รวมจำนวนโรงพยาบาลสมาชิกทั้งหมด 45 แห่ง โดยแต่ละโรงพยาบาลสามารถใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือในการค้นหาและเทียบเคียงระดับคุณภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์และแนวโน้มตัวชี้วัดโดยรวมดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละรายการตัวชี้วัดระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลนี้สามารถเร่งรัดการพัฒนาคุณภาพรวมทั้งวิเคราะห์หาช่องว่างเพื่อเป็นโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและการบริการแก่ผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง โดยโรงพยาบาลสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการ สรุปลจากแบบสอบถามสมาชิกปี พ.ศ. 2555 พบว่ามากกว่าร้อยละ 87 เห็นว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและควรดำเนินการต่อไป โดยมีข้อเสนอแนะให้ขยายโครงการไปสู่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มขึ้น ด้วยการพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับกลุ่มโรงพยาบาลดังกล่าว

สรพ. เห็นความสำคัญและคุณค่าในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้ขยายและต่อยอดการพัฒนาจาก THIP I ก้าวสู่ THIP II ในปี พ.ศ. 2556 มีการพัฒนากลุ่มตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป โดยกระบวนการการมีส่วนร่วมพัฒนาจากกลุ่มโรงพยาบาลดังกล่าวเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ต่อมาในปลายปีงบประมาณ 2557 คณะอนุกรรมการกำกับทิศโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project) มีมติให้รวมระบบ THIP I และ THIP II เป็น THIP เดียว โดยนำเอารายการตัวชี้วัดใน THIP I ทั้งหมดมารวมเข้ากับ THIP II ให้เป็นชุดตัวชี้วัดชุดเดียวที่ใช้ในการเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาลได้ทุกกลุ่มโรงพยาบาลตามระดับ/ศักยภาพของโรงพยาบาล เพื่อผลลัพธ์สุดท้ายคือ “ระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยมีมาตรฐานและเป็นที่น่าพอใจของประชาชน”

รายการตัวชี้วัดเปรียบเทียบ THIP (I & II)

รายการตัวชี้วัดในระบบ THIP (I & II) พัฒนาตามระบบ THIP II จะจัดแยกเป็น 4 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มแบ่งออกเป็นหมวดต่างๆ และในแต่ละหมวดแบ่งเป็นประเภท ซึ่งประกอบด้วยแต่ละรายการตัวชี้วัด ดังนี้



1. กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค

แบ่งเป็นหมวดต่างๆ ตามระบบ ดังนี้

โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular system disease) โรคระบบหลอดเลือดและสมอง (Neurovascular system disease) โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system disease) โรคเรื้อรัง (Chronic disease) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system disease) โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system disease) และโรคเกี่ยวกับเด็ก (Pediatric disease) เป็นต้น

2. กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการสำคัญ

แบ่งเป็นหมวด ตามกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ ดังนี้

การดูแลมารดาและทารก (Maternal and Child health care) การดูแลผู้ป่วยทางด้านวิสัญญี (Anesthesia care) การดูแลผู้ป่วยทางการผ่าตัด (Operative care) การดูแลผู้ป่วยทั่วไป (General care) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency care) การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive care) และการดูแลผู้คลอด (Labor care) เป็นต้น

3. กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ

แบ่งเป็นหมวด ตามระบบต่างๆ ของการทำงานในสถานพยาบาล ดังนี้

ระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infectious control system) ระบบ Laboratory system ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource system) ระบบบริหารการเงินการคลัง (Financial system) ระบบบริการประชาชน (Customer service system) ระบบอภิบาลองค์กร (Governance system) และระบบการทำให้ปราศจากเชื้อ (Central sterile services system) เป็นต้น

4. กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ

แบ่งเป็นหมวด ตามการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในหมวดของบุคลากรและหมวดของผู้รับบริการตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพประชาชน เป็นต้น

วิธีการกำหนดรหัสตัวชี้วัด THIP (I & II)

การกำหนดรหัสจะมีการใช้รหัสสองส่วนคือ ส่วนที่เป็นตัวอักษร และตัวเลข โดยมีความหมายดังนี้

1. ตัวอักษรตัวแรก จะเป็นการบอกกลุ่มตัวชี้วัด ว่าอยู่กลุ่มใด

D – ย่อมาจาก disease ตัวชี้วัดรายโรค

C – ย่อมาจาก care process ตัวชี้วัดกระบวนการสำคัญ

S – ย่อมาจาก system ตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ

H – ย่อมาจาก health promotion ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ



2. ตัวอักษรตัวที่ 2 จะเป็นการระบุกลุ่มย่อย ว่าอยู่กลุ่มใด เช่น

ตัวชี้วัดรายโรค		ตัวชี้วัดกระบวนการ	
ตัวอักษร	รายละเอียด	ตัวอักษร	รายละเอียด
H	Cardiovascular disease (Heart)	M	Maternal and Child health care
N	Neurovascular disease	A	Anesthesia care
R	Respiratory disease	O	Operative care
C	Chronic disease	G	General care
M	Musculoskeletal disease	E	Emergency care
G	Gastrointestinal disease	I	Intensive care
P	Pediatric disease	L	Labor care

บัญชีตัวชี้วัด THIP

บัญชีรายชื่อตัวชี้วัด THIP มีการเริ่มใช้ในปีงบประมาณ 2558 โดยนำบัญชีรายชื่อตัวชี้วัดในระบบ THIP I ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 หมวด มาจัดแยกให้เข้ากับระบบ THIP II ซึ่งแบ่งบัญชีรายชื่อตัวชี้วัดออกเป็น 4 กลุ่มดังกล่าวแล้ว โดยรายการตัวชี้วัดที่ใช้ในการเปรียบเทียบจะแสดงรหัส ชื่อตัวชี้วัด และแหล่งที่มา รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 157 ตัวชี้วัด ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวชี้วัดรายโรค จำนวน 69 ตัวชี้วัด
- 2) กลุ่มตัวชี้วัดกระบวนการสำคัญ จำนวน 29 ตัวชี้วัด
- 3) กลุ่มตัวชี้วัดระบบงานสำคัญ จำนวน 45 ตัวชี้วัด
- 4) กลุ่มตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 8 ตัวชี้วัด

ข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลและระยะเวลาการออกรายงานตัวชี้วัด THIP

การคิดช่วงระยะเวลาในระบบของโปรแกรม THIP คิดเป็นช่วงปีงบประมาณ ตามระบบราชการ คือ ช่วงหนึ่งปีงบประมาณ หมายถึง ช่วงเดือนตุลาคมของปีก่อน ถึงเดือนกันยายนของปีปัจจุบันช่วงระยะเวลาของการกรอกและบันทึกส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อออกรายงานเปรียบเทียบตัวชี้วัด กำหนดตามความถี่ในการจัดทำข้อมูล หรือประเภทของตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดรายเดือน/รายไตรมาส/รายครึ่งปี/รายปี)

Template ตัวชี้วัด THIP

ประจำปีงบประมาณ 2558 Template ตัวชี้วัด THIP จะแบ่งตามรายละเอียดของกลุ่มตัวชี้วัดเปรียบเทียบทั้ง 4 กลุ่ม โดยในแต่ละ Template จะมีรายละเอียดตัวชี้วัด เช่น Template ดังต่อไปนี้



Template ตัวชี้วัดในกลุ่มตัวชี้วัดรายโรค (Disease)

หมวด Cardiovascular system disease

หมวดตัวชี้วัด	Cardiovascular system disease
ประเภทตัวชี้วัด	Acute Myocardial Infarction (AMI)
รหัสตัวชี้วัด	DH101
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาไทย)	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI
ชื่อตัวชี้วัด (ภาษาอังกฤษ)	AMI: Fatality rate of Acute myocardial infarction
นิยาม คำอธิบาย ความหมายของตัวชี้วัด	1. ผู้ป่วย AMI หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) อายุ ≥ 18 ปี ที่มี principle diagnosis (pdx) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มรหัสโรคตาม ICD-10 TM, ICD-10, ICD-9 ดังที่ระบุไว้ 2. การเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย AMI ที่มี pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคแทรกเป็น AMI และมีสาเหตุการตายจากโรค AMI 3. การจำหน่ายทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยใน ออกจากโรงพยาบาล ในทุกสถานะ ทุกกรณี
วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด	ประเมินผลลัพธ์การประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย AMI
สูตรในการคำนวณ	$(a/b) \times 100$
ข้อมูลที่ต้องการ	ตัวตั้ง a = จำนวนครั้งของการจำหน่ายด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย ตัวหาร b = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วย AMI จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน
รหัสโรค/ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	ตัวตั้ง pdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 ที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ หรือ sdx = I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9 และเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก AMI ตัวหาร I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9
ความถี่ในการจัดทำข้อมูล	ทุกเดือน หรือ เดือนละครั้ง (ตัวชี้วัดรายเดือน)
หน่วยวัด	ร้อยละ
เป้าหมายของ สรพ./THIP	ไม่เกินร้อยละ 10
Benchmark (ระบุที่มา/ ปี) *	
เกณฑ์วัดระดับผลการดำเนินงาน *	
ระดับ 1 (มีค่าเดียว)	> 20
ระดับ 2 (ค่าเป็นช่วง - ...)	> 15 - 20



ระดับ 3 (ค่าเป็นช่วง - ...)	> 10 - 15
ระดับ 4 (ค่าเป็นช่วง - ...)	> 5 - 10
วิธีการแปลผล	ค่ายิ่งน้อย = มีคุณภาพดี
ที่มา/ Reference	NQF, THIP I
วัน เดือน ปี ที่เริ่มใช้	1 ตุลาคม 2557
หมายเหตุ	

การดำเนินการอื่นๆ ในด้านพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลของ สรพ.

ในด้านส่งเสริมการพัฒนา สรพ.มีการดำเนินการด้านส่งเสริมการพัฒนา โดยทำหน้าที่ร่วมกับกลไกอื่นของสังคมในการขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ (1) สานต่อความร่วมมือในด้านการประเมินและรับรองร่วมกับองค์กรและหน่วยงานต่างๆ เช่น สถาบันธัญญารักษ์ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย สภาเทคนิคการแพทย์ (2) ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดเป้าหมายการเพิ่มจำนวนรับรองสถานพยาบาลร้อยละ 5 ต่อปี และร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในการจัดกิจกรรมเพื่อต่ออายุการรับรองในบันไดขั้นที่สองสู่ HA (3) ร่วมมือกับเครือข่ายและองค์กรต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ สรพ. มีการขยายพื้นที่ทำงานเครือข่ายเพิ่มขึ้น ทั้งในเชิงลึกและเชิงกว้าง ประกอบด้วยเครือข่ายต่อไปนี้

- 1) เครือข่ายศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HACC)
- 2) เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง (Quality Learning Network)
- 3) เครือข่ายการใช้แนวคิดจิตตปัญญาบูรณาการในงานบริการสุขภาพ (Spiritual Healthcare)
- 4) เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างผู้ประสานงานด้านคุณภาพ SHA Facilitators
- 5) เครือข่ายการสร้างเสริมมิติจิตตปัญญาสู่ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน
- 6) เครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน
- 7) เครือข่ายการเรียนรู้แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

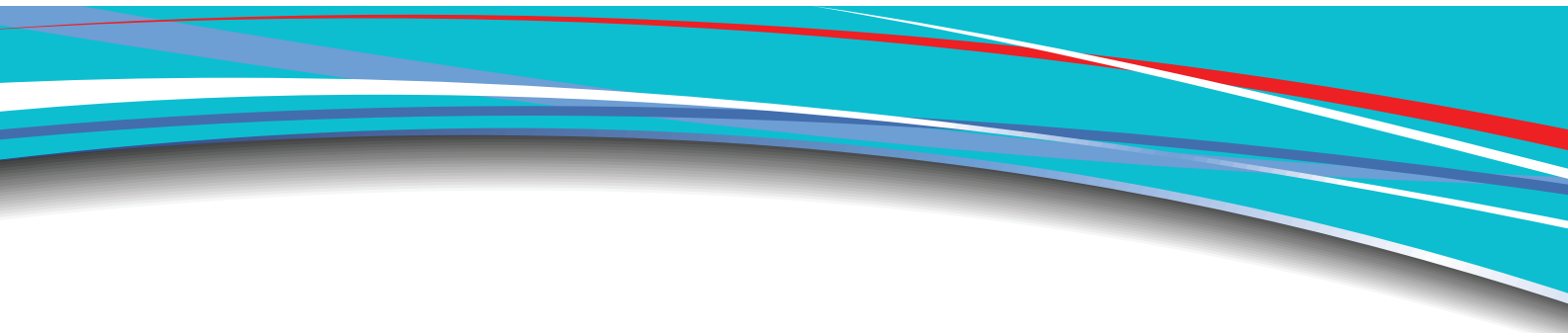
ในการประเมินและการรับรอง สรพ. เริ่มให้การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation-HA) แก่โรงพยาบาลเมื่อปีงบประมาณ 2542 จำนวน 4 แห่ง ต่อมาในปี 2545 เริ่มพัฒนาแนวทาง “บันไดสามขั้นสู่ HA” เพื่อให้โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพได้สอดคล้องกับภาระงานและทรัพยากรที่มีอยู่ โดย ขั้นที่ 1 เน้นการทบทวน แก้ไข ป้องกัน และการวางระบบบริหารความเสี่ยง ขั้นที่ 2 เน้นการสร้างระบบประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องที่สอดคล้องกับความต้องการหน่วยงานและองค์กร ขั้นที่ 3 คือการได้รับการรับรอง HA ผลการดำเนินงานในปี 2555 ในภาพรวมของการดำเนินงานพบว่า ในช่วงแรกโรงพยาบาลได้รับการรับรองขั้นที่ 1 จำนวนมาก แต่ในระยะหลังโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองขั้นที่ 2 และ 3 มีจำนวนสูงขึ้นอย่างชัดเจนในปัจจุบัน



นอกจากนี้ มีการเพิ่มคุณค่าของกระบวนการประเมินและรับรอง โดย สรพ. มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการเพิ่มคุณค่าของกระบวนการประเมินและรับรอง โดยมุ่งเน้นทั้งในขั้นตอนของ (1) การประเมินตนเองของสถานพยาบาล (2) การเยี่ยมสำรวจ (3) รายงานการเยี่ยมสำรวจ อีกทั้งมีการเพิ่มขีดความสามารถเพื่อสนองความต้องการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพผู้เยี่ยมสำรวจ การเพิ่มจำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ และการจัดเยี่ยมสำรวจเพื่อสนองความต้องการ รวมทั้งมีการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเยี่ยมสำรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2555 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). กรุงเทพฯ: เอ็นเอ็นเคที; 2555.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). รายงานประจำปี 2556 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). กรุงเทพฯ: เอ็นเอ็นเคที; 2556.
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) [อินเทอร์เน็ต]. เอกสารประกอบโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) THIP I & THIP II Version 01/2558 ประจำปีงบประมาณ 2558. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 28 ต.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://hospital.moph.go.th/takuapah/download/Template%20KPI_THIP.pdf



สำนักวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6220, 0-2590-6226
www.dms.moph.go.th

